

L'efficacité de la pleine conscience comme moyen de prévention de la dépression périnatale

Mémoire de fin d'étude Travail de Bachelor

SCHROETER Chloé
Matricule : 15417439

MANGOLD Gilliane
Matricule : 16872178

Directrice de mémoire :

Mme Jessica Franzen, PhD, Adjointe scientifique HES, Genève

Experte de terrain :

Mme Adrienne Adamastor, sage-femme indépendante, vacataire filière sage-femme, HEdS, Genève

Experte enseignante :

Mme Dany Aubert-Burri, sage-femme indépendante et chargée de cours, filière sage-femme HEdS, Genève

Haute école de Santé de Genève
Le 21 août 2019



Déclaration sur l'honneur

« Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteures et en aucun cas celle de la Haute école de santé Genève, du Jury ou du Directeur ou Directrice de Travail de Bachelor.

Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste des références bibliographiques. »

Genève, le 21 août 2019

Schroeter Chloé et Mangold Gilliane

Remerciements

Nous souhaitons remercier chaque personne ayant collaboré à la réalisation de ce Bachelor Thesis.

Merci à notre directrice de mémoire, **Jessica Franzen**, qui a su nous aiguiller tout au long de cette année grâce à ses commentaires constructifs, ses encouragements et la confiance dont elle a fait preuve à notre sujet.

Merci également à **Adrienne Adamastor**, notre experte de terrain sans qui nos réflexions sur le retour dans la pratique n'auraient pu être si riches.

Merci à **Dany Aubert-Burri** pour la sagesse et la connaissance qu'elle nous a apportées non seulement dans le cadre de notre travail de Bachelor mais également au long de ces trois années de formation.

Mille mercis à notre famille et nos amis qui nous ont soutenues par leurs relectures, leurs corrections ainsi que leurs encouragements tout au long de ce travail. Merci pour leur patience envers nous, leur écoute et leur bienveillance.

Un immense merci également à toutes nos amies de la filière BA16, celles sans qui toute cette aventure n'aurait pas été si intense et riche. Le soutien mutuel et le partage d'expériences nous ont permis d'achever non seulement cette revue de littérature mais également ces trois années d'études.

Chloé et Gilliane

Liste des abréviations

BAI : Beck Anxiety Inventory

BDI-II : Beck Depression Inventory - second edition

CALM : Coping with Anxiety through Living Mindfully

CES-D : Centre for Epidemiologic Studies Depression Scales Revised

CINAHL : Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

DASS : Depression Anxiety and Stress Scale

DPN : Dépression postnatale

DSM-V : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EBM : Evidence-Based Medicine

EPDS : Edinburgh Postnatal Depression Scale

FFMQ : Five-Factor Mindfulness Questionnaire

GAD : Generalized Anxiety Disorder

HEdS : Haute Ecole de Santé

ICM : International Confederation of Midwives

ISRS : Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine

LIFE : Longitudinal Interval Follow-up Evaluation

MAAS : Mindfulness Attention Awareness Scale

MBCP : Mindfulness-Based Childbirth and Parenting

MBCT : Mindfulness-Based Cognitive Therapy

MBCT-PD : Mindfulness Based Cognitive for Perinatal Depression

MBCT-PD-AS : Mindfulness Based Cognitive for Perinatale Depression Adherence Scale

MBSR : Mindfulness-Based Stress Reduction

MDD : Major Depressive Disorder

MESH : Medical Subject Headings

MINI : Mini-international Neuropsychiatric Interview

OMS : Organisation mondiale de la santé

OWLS : Oxford Worries about Labour Scale

PANP : Préparation à la naissance et à la parentalité

PhD : Doctor of Philosophy

PHQ : Patient Health Questionnaire

PICO : Population, intervention, comparison, outcomes

PP: Post-partum

PSQW : Penn State Worry Questionnaire

PSS : Percieved Stress Scale

RCT : Randomised Control Trial

SA : Semaine d'aménorrhée

SCID-I/ SCID-II : Structured Clinical Interview for Diagnostic

SCS : Self Compassion Scale

SG : Semaine de grossesse

STAI : State-Trait Anxiety Scale

TAU : Treatment as Usual

TPDS : Tillburg Pregnancy Distress Scale

OBSAN : Observatoire suisse de la santé

Table des matières

1. Questionnement professionnel.....	10
2. Cadre de référence théorique.....	13
2.1. La dépression	13
2.1.1. <i>Etiologies</i>	14
2.1.2. <i>Epidémiologie</i>	14
2.1.3. <i>La dépression périnatale maternelle</i>	15
2.1.4. <i>Effets de la dépression périnatale</i>	16
2.1.5. <i>Outils de dépistage de la dépression périnatale</i>	17
2.1.6. <i>La dépression et les traitements actuels</i>	18
2.2. La pleine conscience	20
2.2.7. <i>Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience</i>	23
2.3. Problématique	25
3. Dimension éthique.....	26
4. Méthodologie	27
4.1. Recherche d'articles pour la revue de littérature	27
4.2. Critères de sélections des articles	29
4.3. Les limites et contraintes de notre recherche.....	31
4.4. Recherche de littérature de références	32
4.5. Bibliographie des articles de la revue de littérature.....	33
5. Tableaux de présentation des articles.....	34
6. Analyse des études et des résultats.....	39
6.1. Analyse critique	39
6.1.8. <i>Méthodologie</i>	39
6.1.9. <i>Ethique</i>	45
6.2. Analyse thématique	47
6.2.10. <i>Faisabilité de l'intervention pleine conscience</i>	47
6.2.11. <i>Acceptabilité de l'intervention pleine conscience</i>	48
6.2.12. <i>Effet prophylactique de la pleine conscience en intervention unique pour l'anxiété et/ou la dépression</i>	50
6.2.13. <i>Effet prophylactique de la MBCT en traitement adjuvant pour l'anxiété et/ou la dépression</i>	51

6.2.14. <i>Pratique de la pleine conscience à domicile</i>	53
6.2.15. <i>Effets et issues en post-partum après une intervention de pleine conscience</i>	54
7. Discussion	55
7.1. Faisabilité de l'intervention pleine conscience.....	55
7.2. Acceptabilité de l'intervention pleine conscience	57
7.3. Effet prophylactique de la pleine conscience pour l'anxiété et/ou la dépression	58
7.4. Importance de la pratique de la pleine conscience à domicile	60
7.5. Effets et issues à long terme après une intervention de pleine conscience	62
8. Retour dans la pratique	64
8.1. La pleine conscience à Genève	64
8.2. Perspective de retour dans la pratique.....	66
9. Forces et limites	68
10. Conclusion.....	69
11. Listes de références bibliographiques	72

Résumé

Introduction: La dépression connaît une croissance conséquente depuis quelques années. Compte tenu de la vulnérabilité des femmes en période périnatale ainsi que de la limitation des traitements au cours de celle-ci, de nouvelles méthodes de prévention face à ce trouble doivent être évaluées. La pleine conscience est une approche en plein essor et son application correspond à la grossesse de par sa nature non pharmacologique.

Objectifs: Évaluer l'efficacité des interventions de pleine conscience en prévention de la dépression périnatale ainsi qu'évaluer la faisabilité et l'acceptabilité des interventions dans le contexte de la grossesse et du post-partum.

Méthode: Ce travail consiste en une revue de la littérature scientifique récente (moins de dix ans). Elle est limitée à cinq articles sélectionnés dans les bases de données « Pubmed » et « CINAHL » à l'aide des mots-clés tels que « depression », « mindfulness-based cognitive therapy », « pregnancy » et « postpartum » entre mars 2018 et mars 2019. Chaque article évalue l'efficacité, la faisabilité et l'acceptabilité du programme Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) chez des populations à risque de dépression ou non, en période pré et/ou postnatale.

Résultats: Les résultats comparatifs entre le début et la fin des interventions démontrent une diminution significative des scores de dépression et d'anxiété, pouvant être corrélés à une amélioration des scores de la pleine conscience pour certaines études. La faisabilité des interventions impacte la fiabilité des résultats par la taille de leur échantillonnage et leur méthodologie. L'acceptabilité de la méthode est plus importante pour les groupes évoluant en face à face que pour le groupe dont la méthode est proposée en ligne. Le taux de pratique à domicile varie selon les études mais reste en-dessous de celui conseillé par les fondateurs de la méthode.

Conclusions: Les résultats quant à l'efficacité de la pleine conscience sur la prévention de la dépression périnatale sont encourageants. Leur fiabilité est cependant compromise par de faibles échantillons de mesures ainsi que des designs moins rigoureux. L'efficacité de cette méthode n'est pas prouvée à long terme, tout comme son effet sur l'enfant à venir et sur une nouvelle grossesse. De nouvelles études doivent être mises en place, afin de répondre à ces hypothèses et d'amener de nouvelles preuves plus probantes.

Mots-clés: dépression, thérapie cognitive basée sur la pleine conscience, grossesse, post-partum

Abstract:

Background: Depression has been growing significantly in recent years. Given the vulnerability of women during the perinatal period and the limitation of treatment during this period, new methods of prevention against this disorder must be evaluated. Mindfulness is a growing approach and its application corresponds to pregnancy because of its non-pharmacological nature.

Objectives: To evaluate the effectiveness of mindfulness interventions in the prevention of perinatal depression and to assess the feasibility and acceptability of interventions in the context of pregnancy and postpartum.

Method: This work consists of a review of the recent scientific literature (less than ten years old). It is limited to five articles selected from the « Pubmed » and « CINAHL » databases using keywords such as « depression », « mindfulness-based cognitive therapy », « pregnancy » and « postpartum » between March 2018 and March 2019. Each article evaluates the efficacy, feasibility and acceptability of the Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) program in populations at risk of depression or not, in the pre- and/or postnatal period.

Results: Comparative results between the beginning and the end of interventions show a significant decrease in depression and anxiety scores, which may be correlated with an improvement in mindfulness scores for some studies. The feasibility of the interventions impacts the reliability of the results by the size of their sampling and methodology. The acceptability of the method is more important for face-to-face groups than for the group whose method is offered online. The rate of home practice varies from study to study, but remains below that recommended by the method's founders.

Conclusion: The results regarding the effectiveness of mindfulness in preventing perinatal depression are encouraging. However, their reliability is compromised by small sample sizes and less rigorous designs. The effectiveness of this method is not proven in the long term, nor is its effect on the unborn child and on a new pregnancy. New studies must be put in place to address these hypotheses and provide new and more compelling evidence.

Keywords: depression, mindfulness-based cognitive therapy, pregnancy, postpartum

1. Questionnement professionnel

Au cours des trois trimestres que dure une grossesse, de nombreux sentiments et émotions, parfois contradictoires, émergent chez les femmes. Les modifications physiques et le nouveau rôle que les femmes se construisent, provoquent des sentiments d'ambivalence, des états de stress et/ou d'anxiété qui sont généralement mis en contradiction avec l'excitation et la joie d'avoir un bébé et de devenir maman (Thoulon, 2005). Ces modifications physiques et psychologiques peuvent impacter le stress perçu des femmes. Lorsque leurs ressources sont insuffisantes pour contrer ce dernier, celui-ci se transforme en anxiété qui, ressentie à plus ou moins grande échelle, peut amener à un état dépressif (Czarnocka et Slade, 2000; Forman et al., 2000; Soet et al., 2003 cités par Razurel, Desmet et Sellenet 2011; 2013).

En nous penchant sur la problématique de l'anxiété durant la grossesse, nous avons pu constater qu'elle est présente chez 54% de femmes enceintes durant un trimestre ou plus. C'est principalement durant le premier et le troisième trimestre que le taux d'anxiété est le plus important selon l'étude de Lee en 2007 cité par Rossignol Sancho, Nanzer & Etter (2010). Cet état anxieux qui peut impacter les femmes enceintes n'est pas sans conséquence. En effet, des facteurs de risques y sont associés, tels que la menace d'accouchement prématuré et un retard de croissance intra-utérin, qui sont majorés de deux fois (Austin, Tully, Parker, 2007 cités par Rossignol Sancho et al., 2010), sans compter que l'anxiété a des effets délétères sur le bon déroulement de la grossesse et peut avoir des conséquences majeures sur le développement du nouveau-né au niveau psychologique, moteur et social (Buitelaar et al., 2003; Glover, O'Connor & O'Donnell, 2009 cités par Rossignol Sancho et al., 2010). De plus, dans l'étude de Lancaster et collaborateurs (2010), il est démontré que le stress et l'anxiété éprouvés au cours de la grossesse font partie des facteurs de risques pouvant amener à une dépression. Ainsi, l'anxiété est une problématique majeure pouvant survenir au cours de la grossesse. Cependant, bien qu'elle soit une problématique fréquente, d'autres troubles psychiques sont également à relever au cours de la grossesse, tels que la dépression.

En effet, en observant le taux actuel de cette dernière, les chiffres révèlent que 10 à 15% des femmes enceintes qui n'ont pas d'antécédent dépressif, souffrent de symptômes dépressifs voire de dépression (Gavin et al., 2005 cités par Dimidjian

et al., 2016). Quant au risque de récurrence, il est présent chez 30 à 40% des femmes ayant un antécédent de dépression (Di Florio et al., 2013 ; Goodman & Tully, 2009 cités par Dimidjian et al., 2016). Les impacts de celle-ci sont nombreux. En effet, selon la revue médicale suisse éditée en 2016 et ses références, le trouble dépressif chez la femme enceinte accentuerait le risque de suicide et d'infanticide dans la période du post-partum (Barr, Beck, 2008; Lindahl, Pearson, Colpe, 2005 cités par Weisskopf et al., 2016). De plus, la dépression a un impact non seulement sur la prématurité et le petit poids de naissance du nouveau-né mais également sur l'initiation de l'allaitement (Grote et al., 2010; Grigoriadis et al., 2013 cités par Weisskopf et al., 2016). Toutes ces connaissances mettent en avant la vulnérabilité psychologique que peuvent ressentir les femmes enceintes lors de la période périnatale et comment leur santé et celle de leur futur enfant peuvent être remises en cause. Par conséquent, il est primordial de détecter les premiers symptômes à temps grâce au dépistage et à la prévention.

Ces derniers s'effectuent principalement lors des consultations prénatales en présence de la sage-femme et/ou de l'obstétricien. Une fois le diagnostic posé, différents traitements peuvent être proposés. Selon « l'American Psychiatric Association » et le « National Institute for Health and Care Excellence », cités par Weisskopf et collaborateurs en 2016, la psychothérapie serait le traitement de premier choix pour une dépression légère à modérée. Néanmoins, dans le cas d'une dépression plus sévère, leur choix se dirigerait plutôt vers un traitement pharmacologique seul ou en combinaison avec la psychothérapie (Fournier et al., 2010 cités par Weisskopf et al., 2016). Le traitement de la dépression sera ajusté au degré de gravité de cette dernière, cependant lorsqu'elle est corrélée à une grossesse, la prise en soin nécessite une adaptation. Dans le cas d'une dépression anténatale, la psychothérapie sera privilégiée en raison de son efficacité probante dans les troubles de l'humeur et afin d'éviter les risques pour le fœtus lors de la prise d'antidépresseurs (Alberque, Epiney, Bianchi-Demicheli, Irion & Andreoli 2008 cités par Rossignol Sancho et al., 2010). Des études ont effectivement prouvé que les traitements antidépresseurs passent la barrière placentaire et se retrouvent en quantité importante dans la circulation fœtale (Loughhead et al., 2006 cités par Chatillon & Even, 2010). Il existe pourtant plusieurs controverses quant aux effets tératogènes de ces derniers. Quand certaines études parlent de la non tératogénicité des antidépresseurs (Adewuya, et al., 2006; Eberhard-Gran, 2005; Whitby & Smith,

2005 cités par Chatillon & Even, 2010), d'autres affirment que ces médicaments peuvent être corrélés à certaines malformations cardiaques (Louik et al., 2006 cités par Chatillon & Even, 2010). De plus, alors que les traitements antidépresseurs sont relativement bien documentés dans le contexte de la population générale, il n'existe que peu d'études relatives aux femmes enceintes (Weisskopf et al., 2016). Ainsi, au vu des effets secondaires des traitements pharmacologiques sur le bien-être du futur enfant et de la mère, différentes alternatives à la prise en soins du risque dépressif chez les femmes enceintes peuvent être proposées. Selon le PhD Martin E. Keck (2017), il existe d'autres méthodes en plus de la psychothérapie et des traitements allopathiques pour prévenir ou guérir une dépression. Il propose notamment la thérapie cognitivo-comportementale, la thérapie interpersonnelle, la schémathérapie ainsi que d'autres techniques comme la relaxation, le biofeedback, ainsi que la méthode de la pleine conscience.

L'approche de la pleine conscience est un outil fréquemment utilisé lors des cours de préparation à la naissance et à la parentalité (PANP), notamment à Genève. En tant qu'étudiantes à la Haute Ecole de Santé de Genève, nous avons eu la possibilité d'animer des cours de préparation à la naissance accompagnés par de la pleine conscience. Ces derniers sont proposés depuis 2011 par Anne Gendre, sage-femme indépendante et maître d'enseignement. Ils sont composés d'une partie de pleine conscience animée par un professeur formé à cette méthode et d'une autre partie basée sur la préparation à la naissance apportée par des étudiantes. Grâce à la présentation de ces cours en début d'année ainsi qu'à nos recherches concernant la pleine conscience, nous avons fait preuve d'un intérêt grandissant pour cette méthode. En effet, dans notre philosophie sage-femme, il est important pour chacune d'entre nous de pouvoir proposer des moyens non médicamenteux pour accompagner les femmes souffrant de trouble dépressif. Cette approche nous semble intéressante à développer dans le cadre de notre métier ainsi que dans notre vie personnelle car la capacité qu'engendre la pratique de la pleine conscience à être présent dans l'instant et conscient de ses émotions, est selon nous, un gain non négligeable. Les témoignages de nos professeures ainsi que les pratiques expérimentées au quotidien ont achevé de nous convaincre à réaliser ce travail. Nous avons donc fixé l'objectif de ce Bachelor Thesis qui est de démontrer, à travers plusieurs études, que la pleine conscience est un moyen efficace pour prévenir la dépression périnatale.

2. Cadre de référence théorique

2.1. La dépression

Selon le DSM-V cité dans le cours de Dany Aubert-Burri (La dépression, la dépression périnatale, et chez les pères? [Note de cours], 2018), le trouble dépressif majeur se définit par plusieurs critères cités ci-dessous. Afin que le diagnostic soit posé, ceux-ci doivent être présents au minimum pendant deux semaines. Par ailleurs, il n'est pas nécessaire de rencontrer chaque symptôme pour déclarer une dépression, cependant, au moins cinq des critères doivent être présents. De plus, au moins un des symptômes présents est une humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir.

Tableau 1 : Les critères définissant la dépression

Critères de la dépression OMS (CIM-10) (cité par Keck, 2017):
<ul style="list-style-type: none">❖ Humeur dépressive❖ Perte d'intérêt et/ou de plaisir, y compris pour les activités considérées comme agréables❖ Perte de motivation, manque d'énergie, plus grande fatigabilité, épuisement (burn-out)❖ Angoisse, agitation intérieure❖ Diminution de la concentration et de l'attention❖ Manque de confiance en soi et d'estime de soi, dévalorisation de soi❖ Grande difficulté à prendre des décisions❖ Pensées obsessionnelles, propension à ruminer❖ Perspectives sombres, désespérance, pessimisme❖ Sentiment de culpabilité très fort, autocritique❖ Troubles du sommeil persistants❖ Perte d'appétit, perte de poids❖ Perte de libido❖ Désarroi profond, pensées morbides, idées suicidaires, tentatives de suicide

2.1.1. Etiologies

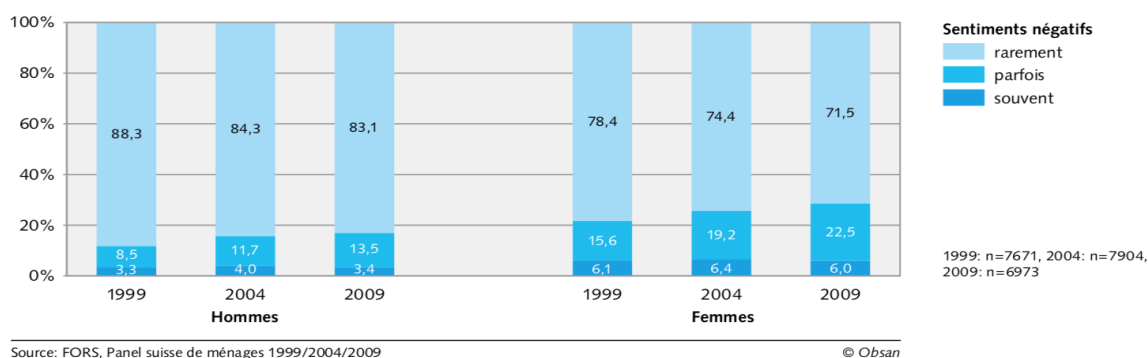
Il existe plusieurs types de facteurs influant le risque de dépression. Ils sont divisés en diverses catégories selon le protocole d'Oberle & Broers (2017) et le cours HEdS d'Aubert-Burri (La dépression, la dépression périnatale, et chez les pères? [Note de cours], 2018) :

- ❖ Somatiques : maladies graves ou chroniques
- ❖ Psychiatriques : antécédents de dépression, tentamen, troubles anxieux, troubles cognitifs, autres troubles
- ❖ Abus de substances et d'alcool
- ❖ Traitement : psychotropes, bêta-bloquants, corticoïdes, contraceptifs
- ❖ Entourage : décès, divorce, rupture amoureuse, absence de soutien social
- ❖ Psychosocial : isolement, précarité, chômage, migration, violences
- ❖ Grossesse : grossesse non désirée, déni de grossesse, absence de partenaire, mère adolescente

2.1.2. Epidémiologie

Selon les chiffres de l'Organisation Mondiale de la Santé [OMS] en 2017, la dépression touche plus de trois-cents millions de personnes dans le monde. Ce taux s'élève de 18% par rapport aux chiffres de 2015 (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2019). Cette maladie touche des personnes de tout âge, de part et d'autre du globe. En Suisse, le rapport 56 de l'Observatoire suisse de la santé (OBSAN, 2013) sur la dépression dans la population suisse démontre que les femmes sont plus touchées par une dépression majeure que les hommes. En effet, 6% des femmes présentent une dépression majeure face à 4,5% chez les hommes.

Figure 1 : Fréquence de la dépressivité selon les sexes, 1999, 2004 et 2009



Tiré de : Baer, Schuler, Füglistler-Dousse & Moreau-Gruet, 2013

Ainsi, grâce aux chiffres susmentionnés, on observe que les femmes ont plus de risques que les hommes de développer une dépression durant leur vie. Il est donc pertinent de se poser la question de la fréquence de ce trouble en période périnatale puisque c'est un temps de vulnérabilité plus important pour les femmes.

2.1.3. La dépression périnatale maternelle

On définit la dépression périnatale comme « tout épisode de dépression majeure ou mineure ayant lieu durant la grossesse ou au cours des douze mois suivant la naissance de l'enfant » (Gaynes, 2005 cité par Rossignol Sancho et al., 2010). Les études démontrent que 15% des femmes enceintes développent une dépression modérée voire majeure durant leur grossesse (Gavin et al., 2005 cités par Dimidjian et al., 2016). Selon l'Organisation mondiale de la Santé (World Health Organization [WHO], 2001 citée par Rossignol Sancho et al., 2010), la dépression est la seconde maladie la plus invalidante chez toute femme en âge d'enfanter. Plusieurs facteurs de risques ont été mis en évidence dans la littérature scientifique, comme par exemple un manque de soutien social, une anxiété présente chez la future mère, un mode de vie ou événement stressants, un antécédent de dépression, une scolarité courte, un bas niveau socio-économique, une ambivalence face au désir de grossesse ou des violences (Lancaster et al., 2010).

La dépression du post-partum, quant à elle, peut survenir entre le début du deuxième mois et la fin de la première année suivant la naissance du bébé (Guédeney & Jeammet, 2001). Selon les auteurs précités, il existe deux pics d'apparition de la dépression postnatale (DPN), à savoir un pic entre six et douze semaines de post-partum que les auteurs qualifient de DPN précoce, ainsi qu'un second pic à partir du deuxième semestre de post-partum. Tychev & Dolender en 2002 cités par Gilles (2015), observent que 52% des dépressions en post-partum découlent généralement d'une dépression déjà présente durant la grossesse. Ainsi à travers les chiffres relevés ci-dessus, la dépression périnatale maternelle apparaît comme étant une problématique importante et comporte de nombreux effets décrits dans le prochain chapitre.

2.1.4. Effets de la dépression périnatale

La dépression périnatale impacte le quotidien des futures mères, en entraînant une négligence face à leurs besoins physiologiques, au suivi de leur grossesse et aux conseils médicaux donnés (O'Hara, 2009 cité par Rossignol Sancho et al., 2010), notamment concernant la prise d'un traitement. En outre, la dépression peut entraîner un comportement plus à risques, tel que la prise de substances ou le tentamen (Marcus, 2009 cité par Rossignol Sancho et al., 2010). Elle impacte non seulement la mère, le père et la situation familiale, mais également le développement du fœtus et de l'enfant. En effet, les études exposent que la dépression périnatale a des conséquences sur le développement du fœtus et du nouveau-né, notamment en altérant le développement de l'organisme face au stress chez le fœtus et en augmentant le risque de complications obstétricales (Kammerer, Taylor, Glover, 2006 cités par Rossignol Sancho et al., 2010). Ceci est expliqué par la production importante de cortisol dans l'organisme de la mère lors d'un stress chronique ou d'une dépression (Talge, Neal & Glover, 2007; Field et al., 2003 cités par Rossignol Sancho et al., 2010). Le taux important de cette hormone va occasionner une hausse d'activité de l'axe hypothalamo-hypophysaire du fœtus, qui augmente sa réaction au stress et altère son développement au niveau psychomoteur (Bergman et al., 2007 cités par Rossignol Sancho et al., 2010) et cognitif (Blair, 2005 & Van den Bergh, 2005 cités par Rossignol Sancho et al., 2010). Ceci peut entraîner des complications liées à la grossesse telles qu'un retard de croissance, une prématurité (Glover et al., 2009 cités par Rossignol Sancho et al., 2010) et par la suite un retard dans le développement de l'enfant (Talge, Neal, & Glover, 2007; Lawlor et al., 2005 cités par Rossignol Sancho et al., 2010).

Quant à la période du post-partum, la mère en bonne santé, prodigue naturellement des soins adaptés aux besoins du nouveau-né. Ceux-ci vont permettre de créer des liens d'attachement, et de faire en sorte que le nouveau-né acquiert de nouvelles habiletés qui vont ensuite lui permettre d'appréhender ses émotions, de réguler le stress et de développer des aptitudes sociales. Mais tous ces apprentissages peuvent être affectés si la mère présente une dépression du post-partum (Lovejoy, Graczyk, O'Hare, Neuman, 2000 cités par Rossignol Sancho et al., 2010). Bien que la dépression ait de grands impacts sur la mère et le nouveau-né, ses conséquences ne sont pas à négliger lorsqu'il s'agit du conjoint. En effet, une

hausse de stress peut découler du trouble dépressif maternel et augmenter le risque de dépression chez le conjoint (Goodman, 2008 cité par Rossignol Sancho et al., 2010). Plusieurs études révèlent que la dépression des pères et celle des mères au cours de la période postnatale sont souvent associées (Pinheiro et al., 2006; Areias et al., 1996 cités par Séjourné, Vaslot, Beaumé & Chabrol, 2012). Le stress et l'état dépressif du père peuvent altérer la relation qu'il a avec son enfant et l'empêcher de pallier aux conséquences négatives déjà présentes chez le nouveau-né, dues à la dépression maternelle (Goodman, 2008 cité par Rossignol Sancho et al., 2010).

2.1.5. Outils de dépistage de la dépression périnatale

Les outils utilisés en consultation ambulatoire pour dépister la dépression périnatale ont été mis en évidence par Gaynes (2005) cité par Rossignol Sancho et collaborateurs (2010). Celui-ci a déclaré que l'EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) est le système le plus adéquat pour diagnostiquer un état dépressif majeur durant la période périnatale. Il a été développé par Cox (S.d. cité par Rossignol Sancho et al., 2010) avec une limite fixée à douze points. La limite a été réévaluée il y a peu, pour être fixée au-dessus de neuf points lors de la grossesse et au dessous de douze points en post-partum (Marcus & Heringhausen, 2009 cités par Rossignol Sancho et al., 2010). Cependant, L'EPDS n'est pas adéquat à lui seul pour poser un diagnostic, car il n'estime pas « le degré de dysfonctionnement occasionné par les symptômes dépressifs, leur durée ou l'existence d'une comorbidité impliquant d'autres troubles psychiques » (Rossignol Sancho et al., 2010, p. 10). C'est pourquoi, il est nécessaire qu'un professionnel de la santé, ayant des connaissances dans le domaine, pose un diagnostic basé sur un entretien individuel (Rossignol Sancho et al., 2010). Selon « l'American Psychiatrique Association » et « National Institute of Health and Care Excellence », le choix thérapeutique est lié au degré de sévérité des symptômes. C'est pourquoi un tableau définissant les critères de sévérité de la dépression et le résultat de l'EPDS apportent une aide à l'évaluation du trouble (Cox et al., 1987; Guédeney et al., 1995 cités par Guédeney & Jeammet, 2001).

Tableau 2 : Évaluation clinique des signes de sévérité de la situation dyadique par Guédeney & Jeammet (2001), (p.58)

Évaluation clinique des «signes de sévérité» de la situation dyadique

- ❖ Score à l'EPDS
- ❖ Dépression maternelle
 - Idées suicidaires (exprimées cliniquement ou item 10>0)
 - Ralentissement psychomoteur
- ❖ Impact sur la relation, sur le bébé, sur la capacité à s'occuper du bébé
- ❖ Facteurs de risque associés ayant un impact par eux-mêmes sur le bébé
 - Relations conflictuelles avec le partenaire
 - Isolement
 - Statut socio-économique bas
- ❖ Absence de facteurs protecteurs
 - Absence de support familial
 - Absence d'aide concrète
 - Absence de figures substitutives pouvant s'occuper du bébé.

2.1.6. La dépression et les traitements actuels

Une particularité s'applique à la prise en charge de la dépression postnatale. Elle réside dans le fait qu'elle est de nature dyadique (Wood et al., 1997 cités par Guédeney & Jeammet, 2001). En effet, il faut garder à l'esprit que la mère et l'enfant sont aux premières loges des impacts de la dépression. Une approche multidisciplinaire est donc de mise quant à la prise en charge de la DPN qui touche tant le domaine de la psychiatrie de l'adulte que celle du bébé, que le domaine des relations parents-enfant précoces (Guédeney & Jeammet, 2001). Les différents traitements utilisés à l'heure actuelle dans la prise en soin, sont décrits dans les paragraphes ci-dessous.

Les traitements pharmacologiques dans le cas de dépression périnatale

Les antidépresseurs sont une catégorie de médicaments psychotropes ayant pour effet, après quelques semaines d'utilisation, d'améliorer l'humeur dépressive et de soulager la souffrance morale (Le Petit Larousse illustré, 2009, p.51; Grima, 2008). Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) sont les médicaments les plus administrés en cas d'état dépressif. Leur mécanisme d'action permet d'augmenter les concentrations de sérotonine dans l'organisme ce qui

qualifie ces médicaments de sérotoninergiques (Collège National de Pharmacologie Médicale [CNPM], 2019). Les ISRS sont la catégorie de médicaments relatifs à la dépression périnatale la plus étudiée. Pourtant, alors que les études contrôlées randomisées portant sur l'efficacité de ces traitements dans la population générale sont nombreuses, seul un petit nombre d'études de cohorte se rapporte aux femmes enceintes (Weisskopf et al., 2016).

Effets indésirables des ISRS

Selon Oberle & Broers (2017), les effets indésirables des ISRS apparaissent en principe au cours des deux premières semaines de traitement et diminuent généralement avec la poursuite de celui-ci (p.13). Les plus fréquents sont les suivants : « baisse ou augmentation de l'appétit, prise de poids, anxiété, inquiétude, nervosité, dysfonctionnement sexuel, fatigue, insomnie, somnolence, céphalées, vertiges, tremblements, nausées, vomissements, douleurs abdominales, diarrhées, xérostomie, éruption cutanée, saignements, arthralgie, myalgie » (Oberle & Broers, 2017, p. 11).

D'autres effets secondaires s'ajoutent lors de la prise de ces médicaments pendant une grossesse. Des études ont prouvé que les traitements antidépresseurs passent la barrière placentaire et se retrouvent en quantité importante dans la circulation foetale (Loughhead et al., 2006 cités par Chatillon & Even, 2010). Alors que certaines études ont conclu que les ISRS n'étaient pas tératogènes et ne provoquaient pas de malformations foetales (Adewuya et al., 2006; Eberhard-Gran et al., 2005; Whitby & Smith, 2005 cités par Chatillon & Even, 2010), d'autres chercheurs ont remis ces affirmations en doute. Ils suggèrent l'existence d'un lien entre certaines molécules des ISRS et des malformations spécifiques chez les foetus ou les nouveaux-nés (Louik et al., 2006 cités par Chatillon & Even, 2010). Il a également été mis en avant que lors de la prise d'ISRS, un syndrome de sevrage pouvait apparaître chez le nouveau-né (Laine et al., 2003; Oberlander et al., 2004 cités par Chatillon & Even, 2010). Selon Moses-Kolko et al., (2005) cités par Chatillon & Even (2010), ce syndrome serait présent chez 3% des nouveau-nés ayant reçu des ISRS par l'intermédiaire de la mère durant le troisième trimestre de la grossesse. Selon les données mentionnées ci-dessus, la prise de médicaments et notamment des ISRS lors de dépression périnatale peut avoir des effets secondaires sur la mère et le foetus.

La psychothérapie en période périnatale

La psychothérapie est également un traitement proposé dans la prise en charge de la dépression périnatale. Selon les recherches menées par Jean-Michel Thurin (S.d), il existe plusieurs approches de la psychothérapie : la psychothérapie psychodynamique brève, la thérapie cognitivo-comportementale, la psychothérapie dynamique interpersonnelle et la thérapie familiale systémique. Ces différentes approches ont fait l'objet d'études et de méta-analyses comparatives et ont été mises en lien avec les traitements pharmacologiques habituels. Une étude a relevé que les méthodes psychothérapeutiques ont de meilleurs effets qu'un traitement allopathique (Berg & Høie, 2010 cités par Thurin, S.d.). D'autres études mentionnent également que la limitation du traitement dans le temps ne permet pas aux patient-e-s une rémission optimale de leur état psychologique (Driessen et al., 2013 cités par Thurin, S.d.). Cependant, si la durée de la thérapie répond aux besoins liés au trouble du patient, ses effets perdureront par-delà sa terminaison (Shelder, 2010; Hollon, 2006 cités par Thurin, S.d.).

Les moyens proposés actuellement, pour traiter la dépression en période périnatale, présentent des avantages et des inconvénients. D'autres traitements possibles mais moins utilisés, commencent à se développer. C'est le cas de la pleine conscience.

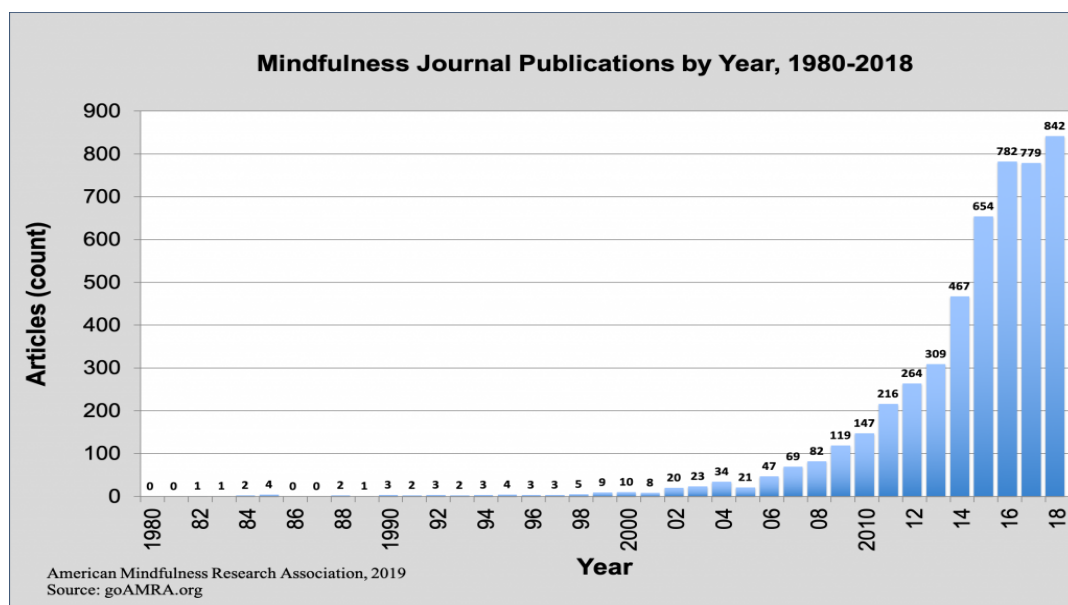
2.2. La pleine conscience

La pleine conscience a été élaborée sur la base de différentes techniques de méditations bouddhistes (Kabat-Zinn, 2003 cité par Heeren & Philippot, 2010). Elle se définit par «être attentif d'une manière particulière: délibérément, dans le moment présent et sans jugement» (Segal, 2016 cité par Gendre & Roy Malis, 2016, p.46). Cette approche a pour but d'explorer et d'accepter toutes les facettes de l'expérience quelles que soient les émotions ressenties (Hayes, Strosahi & Wilson, 1999 cités par Heeren & Philippot, 2010). Elle est établie sur un modèle théorique comprenant deux aspects principaux : « l'autorégulation de l'attention et l'orientation attentionnelle vers l'expérience » (Bishop et al., 2004 cités par Heeren & Philippot, 2010, p.31). Le premier permet, lorsque le focus attentionnel de l'expérience vécue dans le moment présent est capté par un distracteur (p. ex un bruit, une émotion), de pouvoir prendre conscience de ce dernier et ainsi désengager le focus attentionnel pour le réengager

sur l'expérience vécue (Bishop et al., 2004 cités par Heeren & Philippot, 2010). Le deuxième aspect permet de prendre conscience des différentes pensées, émotions ou sensations corporelles que nous ressentons et de les observer sans les modifier ou les éviter (Bishop et al., 2004 cités par Heeren & Philippot, 2010).

La pleine conscience est une thérapie relativement jeune et les études à son sujet le sont d'autant plus. En effet, selon l'American Mindfulness Research Association (2019), les recherches ne sont présentes dans la littérature en nombre suffisant qu'après 2010.

Figure 2 : Présentations des recherches liées à la pleine conscience entre 1980-2018



Tiré de : American Mindfulness Research Association [AMRA], 2019

Les études basées sur la pleine conscience ont permis d'observer les effets bénéfiques de cette méthode, notamment « une réduction du niveau de psychopathologie générale » (Astin, 1997 cité par Heeren & Philippot, 2010, p.44), « une diminution de l'intensité et de la fréquence des émotions négatives » (Brown & Ryan, 2003; Chambers, Lo & Allen, 2008 cités par Heeren & Philippot, 2010, p.44), « une réduction du niveau d'anxiété générale » (Shapiro, Schwartz & Bonner, 1998 cités par Heeren & Philippot, 2010, p.44), « une augmentation des capacités attentionnelles et de mémoire de travail » (Chambers et al., 2008; Tang et al., 2007 cités par Heeren & Philippot, 2010, p.44). Les résultats de l'utilisation de la pleine conscience démontrent également, selon les études, une amélioration de la qualité

de vie des personnes souffrant de douleurs chroniques (Kabat-Zinn, 1982; Kabat-Zinn, Lipworth & Burney, 1985; Kabat-Zinn, Lipworth, Burney & Sellers, 1987; Randolph, Caldera, Tacone & Greak, 1999 cités par Heeren & Philippot, 2010, p.44), de fibromyalgie (Goldenberg, Kaplan, Nadeau, Brodeur, Smith & Schmid, 1994; Kaplan, Goldenberg & Galvin, 1993 cités par Heeren & Philippot, 2010, p.44) et de cancer (Carlson, Ursuliak, Goodey, Angen & Specia, 2001; Ledesma & Kumano, 2009; Shapiro, Bootzin, Figueredo, Lopez & Schwartz, 2003; Specia, Carlson, Goodey & Angen, 2000 cités par Heeren & Philippot, 2010, p.44). Cependant, pour qu'elle soit efficiente, la pleine conscience doit être pratiquée de manière quotidienne (Astin, 1997 cité par Heeren & Philippot, 2010).

C'est en 1982 que le premier programme visant l'apprentissage de la pleine conscience fut élaboré par Jon Kabat-Zinn, dans un but d'intervention psychologique. Il existe plusieurs programmes basés sur la pleine conscience, tels que « l'entraînement à la gestion du stress basé sur la pleine conscience » (Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)) (Kabat-Zinn, 1982; 1990 cité par Heeren & Philippot, 2010, p.40), « la naissance et la parentalité en pleine conscience » (Mindfulness-Based Childbirth and Parenting (MBCP)) (Bardacke, 1998 citée par Duncan & Bardacke, 2009) et « la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience » (Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)) (Segal, Williams & Teasdale, 2002 cités par Heeren & Philippot, 2010, p.40). La première méthode fut développée en 1982 par Kabat-Zinn, elle consiste en une dizaine de séances par groupe incluant des exercices de méditation et a pour but d'améliorer le niveau de vie des personnes souffrant de problèmes chroniques (Kabat-Zinn, 1982; 2003 cité par Heeren & Philippot, 2010). La deuxième méthode consiste en dix sessions inspirées de la MBSR qui visent à améliorer l'impact du stress sur la grossesse, la naissance et la parentalité, à travers des exercices dont l'objectif est de promouvoir le bien-être et la santé de la famille (Duncan & Bardacke, 2009). Enfin, la troisième méthode, élaborée par Segal, Williams & Teasdale 2002, consiste en huit séances également inspirées de la MBSR et est destinée à la prévention des rechutes dépressives (Segal et al., 2002 cités par Heeren et Philippot, 2010) C'est cette dernière méthode qui fera l'objet de nos recherches pour cette revue de littérature.

2.2.7. Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience

« La pleine conscience est de prime abord une intervention psychologique de prévention primaire et secondaire » (Grossman, Niemann, Schmidt & Walach 2004; Philippot, 2007; Teasdale et al., 1995 cités par Heeren & Philippot 2010, p.42). Cette thérapie s'est inspirée de la MBSR et se construit également à partir d'éléments de thérapie cognitive. Le tout permet au participant-e d'adopter une « attitude de décentration et de détachement à l'égard des pensées, des émotions et des sensations corporelles » (Heeren & Philippot, 2010, p.42). En plus des pratiques de méditation en pleine conscience, cette méthode intègre également des parties de psychoéducation concernant le trouble dépressif et présente des stratégies de coping afin d'y faire face de manière optimale et d'éviter une rechute dépressive (Heeren & Philippot, 2010). Ces stratégies se basent sur le mode « être » plutôt que sur le mode « faire », c'est à dire prendre conscience et accepter les événements sans essayer de les changer. Selon Kabat-Zinn, Segal, Teasdale & Williams (2009), « en cultivant le mode « être », on peut : sortir de sa tête et apprendre à expérimenter directement le monde; voir les pensées comme des événements mentaux qui vont et viennent dans l'esprit; commencer à vivre ici et maintenant dans l'instant présent; développer une meilleure conscience de nous-même par nos sens, nos émotions et notre esprit afin de nous aider à diriger nos actes dans la direction que nous souhaitons et à résoudre nos problèmes; cesser de vouloir changer la vie sous prétexte qu'elle n'est pas agréable en ce moment » (pp.72-73). Les exercices décrits dans le tableau 3 permettent d'expérimenter ces stratégies en développant le mode « être ».

Tableau 3: Présentation des exercices de pleine conscience

Exercices de pleine conscience	Définition
Pleine conscience de la respiration pp.107-121, 169-176, 291,294	Exercice qui permet d'apprendre à être pleinement présent ici et maintenant en recentrant son attention sur le souffle et les sensations qui l'accompagnent.
Méditation assise pp.170-176	Méditation en position assise, qui consiste à adopter une posture droite et digne (reflet des émotions de confiance et d'auto acceptation) et en prendre conscience. Pratique de l'exercice « pleine conscience de la respiration » pendant 10-15 minutes avant d'élargir son champ de conscience à son soi et aux émotions
Méditation de la marche pp.121-126	Pratique de la méditation en marchant, permettant de focaliser son attention sur l'action menée (sentir ses pieds, le poids qui passe d'une jambe à l'autre, le balancement des bras, etc.)
Yoga en pleine conscience pp.163-168, 274, 291-292	Exercice de pleine conscience qui consiste à porter son attention sur les sensations et les émotions que provoquent en nous des exercices yoguiques.
Body scan pp.138-149, 290-291	Méditation couchée, qui a pour but d'amener son attention sur les différentes parties du corps afin de ressentir celui-ci pleinement, les sensations, dans le non-jugement.
Exercice du raisin pp.81-84	Dégustation d'un raisin sec en pleine conscience, en utilisant chacun de ses sens. Cet exercice peut être mis en lien avec la pratique informelle (faire une activité du quotidien en toute conscience)
Prise de conscience des événements agréables et désagréables pp.176, 238, 297-300	Exercice journalier d'écriture qui permet de centrer son attention sur les détails d'une expérience agréable et/ou désagréable à l'aide de questions : <ul style="list-style-type: none"> - Quelle a été l'expérience ? - Que ressentait votre corps en détails ? - Quelles pensées ou images accompagnaient l'événement ? - Quelles sensations et émotions accompagnaient cet événement ? - Quelles pensées avez-vous à l'esprit en écrivant ceci ?
Trois minutes pour la respiration - pratique informelle pp.232-240, 252-262, 292	Un exercice en trois étapes : <ol style="list-style-type: none"> 1. Prise de conscience de ce qui est : pensées, émotions et sensations physiques 2. Centrer son attention complète sur sa respiration et les sensations que respirer amène dans le corps (abdomen, poitrine, gorge, etc.) 3. Expansion de la pleine conscience à son corps tout entier
Pratique de la pleine conscience dans l'activité quotidienne - pratique informelle pp.279-280	L'exercice du débutant vise à redécouvrir nos actions en le menant comme si c'était la première fois que nous les faisons, avec une conscience totale. <i>Exemples : manger en conscience (exercice du raisin), parler en conscience, se brosser les dents, se coiffer, mettre ses chaussures, conduire, etc.</i>

Tiré de : Kabat-Zinn, Segal, Teasdale & Williams (2009)

En conclusion, la pratique de la pleine conscience permet aux femmes d'améliorer la connaissance de leurs émotions et les aide à les gérer par des apprentissages qu'elles auront mis en place en amont, comme être dans l'instant présent, l'acceptation, la décentralisation et le non-jugement (Van der Velden et al., 2015 cités par Dimidjian, 2016).

2.3. Problématique

Comme nous avons déjà pu le souligner, la dépression est un problème majeur dans notre société qui touche un nombre croissant d'individus. La population des femmes enceintes est d'autant plus touchée que la grossesse est un état de vulnérabilité psycho-émotionnelle (Czarnocka et Slade, 2000; Forman et al., 2000; Soet et al., 2003 cités par Razurel, Desmet et Sellenet 2011 ;2013). La dépression prénatale porte de nombreuses conséquences, non seulement sur le bien-être psycho-émotionnel et physique de la femme enceinte mais également sur son entourage (conjoint-e, famille) ainsi que sur le fœtus et enfant à venir. Il existe plusieurs façons de prendre en charge la dépression périnatale. Une prise en charge psychothérapeutique en cas de dépression légère ou modérée et une prise en charge constituée d'un suivi pharmacologique et psychothérapeutique lors de dépression sévère. Si les recherches sont encore peu nombreuses quant aux effets réels des traitements allopathiques sur le fœtus, il a tout de même été prouvé que ces produits passent la barrière placentaire. La méthode de la pleine conscience basée sur la thérapie cognitive (MBCT) est spécifiquement conçue dans la prévention de la rechute dépressive et semble être une alternative aux traitements proposés à l'heure actuelle dans la prise en soins de la dépression en période périnatale. Le but de notre travail est d'évaluer cette méthode à travers la question de recherche suivante : « **Quelle est l'efficacité de la pleine conscience dans la prévention de la dépression périnatale ?** » Pour nous aider à répondre à cette question, nous avons émis les hypothèses suivantes:

- ❖ La pleine conscience basée sur la thérapie cognitive est efficace en prévention de la dépression périnatale, non seulement durant les périodes à risques mais également sur le long terme.
- ❖ Les interventions de pleine conscience basées sur la thérapie cognitive en prévention de la dépression sont réalisables dans la population des femmes enceintes.

3. Dimension éthique

Dès notre entrée dans le monde de l'obstétrique et tout au long de notre carrière, quatre grands principes déontologiques nous auront accompagnées. Ceux-ci sont publiés pour la première fois par Beauchamp et Childress en 1979 (Delassus, 2017). C'est autour de ces fondements que nous avons commencé à construire notre identité de sage-femme, qui va continuer à évoluer par la suite. Ces principes sont pour nous une ligne de conduite qui nous guidera tout au long de notre carrière et nous souhaitons, par notre attitude et notre façon de penser y rester fidèles. Le questionnement éthique que nous appliquons au quotidien régit également la réalisation de notre travail. Ce questionnement se base sur les quatre principes éthiques, à savoir : l'autonomie, la non-malfaisance, la bienfaisance et la justice, décrits ci-dessous :

- ❖ **L'autonomie** : mot dérivé du grec « auto » (soi-même) et « nomos » (la loi) signifie en parlant d'un être humain, sa capacité de juger et de se déterminer par lui-même. Ce principe s'applique à soi-même mais dans le cadre des soins, également aux autres. Il s'agit donc pour les soignants de donner la capacité aux soignés, en leur apportant les informations appropriées, de faire un choix libre et éclairé quant à leur prise en charge.
- ❖ **La non-malfaisance** : par ce principe, il est entendu de ne pas vouloir nuire, de ne pas causer de tort à autrui. Autrement dit, il impose au personnel soignant de ne pas utiliser ses capacités au détriment de la personne soignée mais de peser la balance bénéfices-risques et d'analyser les conséquences que chaque action peut engendrer.
- ❖ **La bienfaisance** : elle consiste à faire le bien. Il s'agit d'adopter une attitude empathique et de placer les intérêts de la personne soignée au premier plan des prises en charge afin d'améliorer la situation de la patiente. La bienfaisance ne peut être respectée que si elle intègre les autres principes de l'éthique.
- ❖ **La justice** : elle se définit par la nécessité d'apporter une égalité dans les prises en charge du patient en regard de ses ressources, de ses besoins et du reste des individus. Ce principe est des plus importants pour notre travail puisque nous ne pouvons imaginer un groupe de participantes dans le besoin d'un traitement, n'en recevant aucun.

Le Code international de déontologie des sages-femmes (ICM, 2014) et la Philosophie et modèle de soins de pratique sage-femme (ICM, 2014), nous ont aidées à aiguiller nos réflexions. Au cours de notre travail, nous nous sommes engagées à respecter au mieux les principes de l'éthique, à conserver un esprit critique quant à la littérature scientifique que nous analysons, ainsi qu'à traiter notre travail dans cette même philosophie.

4. Méthodologie

4.1. Recherche d'articles pour la revue de littérature

Afin de définir une revue de littérature portant sur la thématique de notre travail, nous avons utilisé plusieurs bases de recherche scientifiques telles que « PubMed » et « CINAHL ». Lors de la recherche de notre littérature, il s'est avéré que nous trouvions chaque article dans les bases de données décrites ci-dessous. Les définitions des bases de données décrites par le centre de documentation de la l'Haute école de Santé sont les suivantes :

- ❖ PubMed: principale base de données dans le domaine de la santé, des sciences biomédicales et infirmières
- ❖ CINAHL: base de données spécialisées en sciences paramédicales, infirmières et de la santé

Grâce au modèle se définissant par l'acronyme « PICO » (Population - Intervention - Comparison - Outcomes), nous avons pu cibler notre question de recherche ainsi que les mots-clés utiles à celle-ci. C'est à l'aide du moteur de recherche « HeTop » que nous avons traduit les mots-clés du français en anglais afin d'effectuer nos recherches de manière détaillée. Tous les mots-clés présents dans le tableau ci-dessous ont servi dans la recherche de la littérature servant à l'élaboration de la globalité de notre travail. Par contre, seuls les mots-clés suivants : dépression, femme enceinte, grossesse, pleine conscience, pleine conscience basée sur la thérapie cognitive, symptômes dépressifs et dépression post-partum nous ont été utiles lors de la sélection des cinq articles.

Tableau 3 : Les différents concepts et leurs traductions en mots-clés

	Concept en français	HeTop traduction	MESH terms (pubmed)	CINAHL Headings (CINAHL)
P	Femme enceinte, Grossesse, Dépression, Dépression du postpartum, Post-partum, Symptômes dépressifs	Pregnant women, Pregnancy, Depression, Postpartum depression, Postpartum, Depressive symptoms	Pregnant women, Pregnancy, Depression, Postpartum depression, Postpartum, Depressive symptoms	Pregnant women, Pregnancy Depression, Postpartum depression, Postpartum, Depressive symptoms
I	Pleine Conscience, Pleine conscience basée sur la thérapie cognitive	Mindfulness, Mindfulness-based cognitive therapy	Mindfulness, Mindfulness-based cognitive therapy	Mindfulness, Mindfulness-based cognitive therapy
C	Psychothérapie, médication	Psychotherapy, Antidepressive agents, therapeutics	Psychotherapy, Antidepressive agents, therapeutics	
O	Efficacité de l'intervention			

Dans la poursuite de nos recherches, nous avons associé nos mots-clés les uns aux autres avec l'opérateur booléen « AND » selon les modèles suivants afin que les mots-clés définis précédemment figurent dans les articles.

Tableau 4 : Combinaisons utilisées sur la base de données Pubmed

Premier concept		Deuxième concept		Troisième concept		Nombres d'études correspondantes	Nombre s d'études retenues
Mindfulness {MESH TERM}	A N D	Pregnant women {MESH TERM}	A N D	-	A N D	16	0
Mindfulness {MESH TERM}		Pregnancy {MESH TERM}		-		62	0
Mindfulness {MESH TERM}		Pregnancy {MESH TERM}		Depression {MESH TERM}		15	1
Mindfulness- based cognitive therapy {All fields}		Depression Post-partum {All fields}		-		6	1
Mindfulness {All fields}		Depressive symptoms {All fields}		Pregnancy {All fields}		52	2

Tableau 5 : Combinaisons utilisées sur la base de données CINAHL

Premier concept		Deuxième concept		Troisième concept		Nombres d'études correspondantes	Nombres d'études retenues
Mindfulness {MESH TERM}	A N D	Pregnant women {MESH TERM}	A N D	Depression {MESH TERM}	A N D	31	0
Mindfulness {MESH TERM}		Pregnancy {MESH TERM}		Depressive symptoms {MESH TERM}		7	0
Mindfulness- based cognitive therapy {All fields}		Pregnancy {All fields}		-		14	1

4.2. Critères de sélections des articles

Après avoir obtenu un certain nombre de références, nous avons précisé nos recherches en incluant ou excluant certains aspects des articles grâce à des critères de sélection. Parmi ceux-ci, nous avons privilégié l'utilisation d'une seule technique basée sur la pleine conscience : la pleine conscience basée sur la thérapie cognitive. Cette méthode est intéressante pour notre recherche car elle a été créée dans le contexte de la prévention des rechutes dépressives. Il nous a semblé important de privilégier cette méthode plutôt qu'une autre pour cette raison, mais également afin d'obtenir une conclusion plus homogène. Lors de l'élaboration de notre travail, il était primordial d'inclure les périodes prénatales et postnatales de manière individuelle ou globale afin de pouvoir prouver l'efficacité de la pleine conscience dans chacune d'elles. Au fil de nos recherches, nous nous sommes également basées sur la limpidité du titre et du résumé afin de prédéfinir quel article était intéressant et quel article l'était moins. Il était donc impératif que la thématique de notre question de recherche y apparaisse. Nous avons également privilégié les études récentes (2010-2019) afin de pouvoir collecter des Evidence-based Medicine (EBM) actuelles. Bien qu'il existe de nombreuses études portant sur la thématique de la pleine conscience, nous avons choisi de cibler notre recherche sur la population des femmes enceintes, et ce, dans un souci d'homogénéité de nos résultats tout en voulant apporter un échantillon propre à notre métier. Dans le but de prouver l'efficacité de la pleine conscience sur la prévention de la dépression périnatale, nous avons choisi de

prendre en compte non seulement des patientes à risques mais également des patientes n'ayant pas de prédisposition. Il était donc intéressant d'évaluer les différentes manières d'amener la pleine conscience (traitement simple, traitement adjuvant, formats divers). Lors de la sélection des études, nous n'avons pas voulu nous restreindre à une seule méthode de recherche et avons de ce fait pris en compte des études quantitatives tout comme des études mixtes afin de répondre à la question de recherche sous différents angles. En outre, nous avons voulu sélectionner les articles ayant des résultats significatifs qui puissent nous aider à appuyer notre question de recherche. Un des critères, qui nous a particulièrement tenu à cœur, était que l'éthique soit respectée dans chacun de nos articles. En effet, nous avons veillé à ne sélectionner que des revues mettant en évidence les quatre principes fondamentaux de l'éthique : la bienfaisance, la non malfaisance, l'autonomie et la justice.

A la lecture plus approfondie de nos articles, nous avons souligné diverses problématiques qui nous ont permis d'écarter certaines recherches. Nous avons décidé de ne pas choisir d'articles incluant des patientes atteintes d'autres troubles psychiatriques majeurs en plus de la dépression et de l'anxiété, ou ne mentionnant pas la problématique de la dépression dans leur recherche.

Tableau 6 : Critères d'inclusion et d'exclusion pour le choix des cinq articles

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Études basées uniquement sur la pleine conscience basée sur la thérapie cognitive ❖ Sujet en accord avec la question de recherche ❖ Études quantitatives et/ou qualitatives ❖ Études se déroulant sur une période périnatale, incluant le post-partum ❖ Études parues entre 2010 et 2019 ❖ Études ne touchant que la population des femmes enceintes ❖ Éthique mise en évidence dans chaque étude 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Les femmes enceintes présentant des troubles psychiatriques majeurs associés à celui de l'anxiété et la dépression. ❖ Publications antérieures à 2010

4.3. Les limites et contraintes de notre recherche

Au cours de nos recherches, il nous est vite apparu que la limite principale qui s'imposait à nous, résidait dans le fait que peu d'articles correspondaient à nos critères. Malgré un bon nombre de propositions dans chaque base de données et selon les mots-clés proposés, seules quelques études ont satisfait nos attentes. Ce fut donc un travail long et fastidieux de faire une sélection appropriée à notre question de recherche. Néanmoins, certains articles choisis ne semblent pas répondre de prime abord à notre problématique. C'est le cas pour « CALM Pregnancy : results of a pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for perinatal anxiety » par Goodman et collaborateurs (2014) qui, comme indiqué dans le titre, choisit de mettre en avant l'anxiété périnatale à défaut de la dépression. Cet article nous a tout de même semblé pertinent car malgré son titre, il décrit également la problématique de la dépression périnatale, qui est évaluée dans l'étude et dont les résultats nous semblaient intéressants. La force de cette étude réside dans le fait que la population ciblée met en avant des participantes atteintes d'un trouble généralisé de l'anxiété, ce qui les place dans un état de grande vulnérabilité pour la période périnatale face à la dépression. De plus, une seconde étude a été menée en parallèle dans la période du post-partum incluant les mêmes participantes à l'étude que celle que nous avons choisie. Cet article nous permettra par la suite d'argumenter notre discussion.

L'étude « Feasibility of a mindfulness-based cognitive therapy group intervention as an adjunctive treatment for postpartum depression and anxiety » de Shulman et collaborateurs (2018) a également suscité notre intérêt, notamment en amenant la pleine conscience en thérapie cognitive comme traitement supplémentaire aux traitements médicamenteux déjà en place, sur une population de femmes en post-partum atteintes de trouble généralisé de l'anxiété ou de trouble dépressif majeur. Malgré des résultats peu significatifs et un cadre de recrutement moins rigoureux, nous avons décidé de conserver cette étude, y voyant l'avantage qu'elle soit corrélée à un traitement allopathique.

Lors de notre travail de recherche effectué l'année précédente, nous avons choisi un article qui nous semblait être totalement dans le sujet que nous traitons. Cet article, « The Effect of Mindfulness-integrated Cognitive Behavior Therapy on Depression and Anxiety among Pregnant Women: a Randomized Clinical Trial » par

Yazdanimehr, Omid, Sadat & Akbari (2016), nous a cependant posé de grandes difficultés quant à l'éthique. Alors que le sujet de l'étude était d'amener la méthode MBCT chez des femmes à hauts risques de dépression périnatale, il est apparu qu'un déséquilibre entre le groupe d'intervention et le groupe contrôle était présent. En effet les chercheurs n'ont amené aucun traitement pour le groupe contrôle qui présentait les mêmes vulnérabilités. Nous avons donc décidé pour cette raison de l'écarter du choix pour les cinq articles sélectionnés.

La méta-analyse « The Effectiveness of Mindfulness-Based Interventions in the Perinatal Period: A Systematic Review and Meta-Analysis » (Lever Taylor, Cavanagh & Strauss, 2016) nous semblait également intéressante de prime abord. Cependant, le choix de leurs articles pour l'analyse, ne correspondait pas exclusivement à notre question de recherche et ne prenait pas toujours en compte la population cible que nous avons choisie. En revanche, trois des articles que nous avons sélectionnés faisaient partie de cette méta-analyse et correspondaient à nos attentes. C'est pourquoi nous avons décidé de conserver ces articles pour notre question de recherche et de garder la méta-analyse en guise d'appui dans le cadre théorique et la discussion.

4.4. Recherche de littérature de références

Dans le but d'apporter une diversité d'opinions et de résultats, une recherche bibliographique conséquente a été nécessaire pour l'établissement du cadre théorique ainsi que de la discussion de ce travail. La recherche de littérature constituant notre bibliographie ne s'est pas uniquement construite à partir des bases de données citées ci-dessus, mais également grâce à des moteurs de recherches comme Google Scholar, à des ouvrages présents dans le centre de documentation de la HEdS de Genève et aux références des auteurs d'articles déjà parcourus. Malgré la rigueur dont nous avons voulu faire preuve tout au long de cette recherche de littérature, des informations supplémentaires auraient pu être abordées. Cependant, afin de privilégier la limpidité de ce travail, nous avons voulu conserver une ligne de conduite qui écartait certaines informations jugées moins essentielles.

4.5. Bibliographie des articles de la revue de littérature

Tableau 7 : Références des articles retenus

- ❖ Dimidjian, S., Goodman, S. H., Felder, J., Gallop, R., Brown, A. P. & Beck, A. (2016). Staying Well during Pregnancy and the Postpartum: A Pilot Randomized Trial of Mindfulness Based Cognitive Therapy for the Prevention of Depressive Relapse/Recurrence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(2), 134–145. doi : <https://doi.org/10.1037/ccp0000068>
- ❖ Goodman, J. H., Guarino, A., Chenausky, K., Klein, L., Prager, J., Petersen, R., ... Freeman, M. (2014). CALM Pregnancy: results of a pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for perinatal anxiety. *Archives of Women's Mental Health*, 17(5), 373–387. doi : <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0402-7>
- ❖ Krusche, A., Dymond, M., Murphy, S. E. & Crane, C. (2018). Mindfulness for pregnancy: A randomised controlled study of online mindfulness during pregnancy. *Midwifery*, 65, 51–57. doi : <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.07.005>
- ❖ Shulman, B., Dueck, R., Ryan, D., Breau, G., Sadowski, I. & Misri, S. (2018). Feasibility of a mindfulness-based cognitive therapy group intervention as an adjunctive treatment for postpartum depression and anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 235, 61–67. doi : <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.065>
- ❖ Woolhouse, H., Mercuri, K., Judd, F. & Brown, S. J. (2014). Antenatal mindfulness intervention to reduce depression, anxiety and stress: a pilot randomised controlled trial of the MindBabyBody program in an Australian tertiary maternity hospital. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 369. doi : <https://doi.org/10.1186/s12884-014-0369-z>

5. Tableaux de présentation des articles

Tableau 8 : Description de l'article de Dimidjian et al. (2016)

Dimidjian, S., Goodman, S. H., Felder, J.N., Gallop, R., Brown, A. P. & Beck, A. (2016). Staying Well during Pregnancy and the Postpartum: A Pilot Randomized Trial of Mindfulness Based Cognitive Therapy for the Prevention of Depressive Relapse/Recurrence. *Journal of consulting and clinical psychology*, 84(2), 134-145. <https://doi.org/10.1037/ccp0000068>

Objectif(s)	Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
Évaluer l'acceptabilité et l'efficacité d'un traitement par MBCT-PD pour la dépression, par rapport à un TAU.	<p>Design : essai clinique pilote randomisé</p> <p>Population : femmes enceintes avec antécédent(s) de dépression (86 participantes réparties en deux groupes de 43 personnes)</p> <p>Inclusion : <32 semaines de grossesse, trouble dépressif majeur antérieur, disponible pour les interventions programmées, >18ans</p> <p>Exclusion : femmes enceintes présentant un trouble dépressif majeur dans les 2 derniers mois, ou un autre trouble psychiatrique, grossesse à risques</p> <p>Variable : âge, âge gestationnel au moment du recrutement, ethnité/race, état civil, nombre d'épisodes dépressifs majeurs, trouble de l'anxiété actuel ou passé, dépendance à l'alcool ou substance présente ou passée</p> <p>Outils : acceptabilité mesurée par la participation aux séances, complétion du travail à domicile et de la satisfaction mesurée par le Client Satisfaction Questionnaire, SCID-I, SCID-II, EPDS, LIFE, MBCT-PD-AS</p>	<p>Phase 1 : sélection lors d'un examen de grossesse de routine et précision à l'aide des critères lors d'un entretien téléphonique, puis entretien final avec évaluation santé psychique à l'aide de SCID-I et l'EPDS.</p> <p>Phase 2 : 8 séances de MBCT-PD ou TAU</p> <p>Phase 3 : questionnaire de satisfaction par rapport aux conditions de l'étude, entrevue pour évaluer la sévérité des symptômes à l'aide de l'EDPS périodiquement et pour évaluer la récurrence des participantes de manière longitudinale.</p> <p>Période – Lieu : cliniques Kaiser du Colorado et Kaiser de Georgia durant l'année 2010 jusqu'à 2013</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 89% des participantes à MBCT-PD ont participé à au moins 4 séances. Moyenne de 6.89 (SD = 2.04). ❖ Les participantes au MBCT-PD étaient significativement plus satisfaites ($t(48) = -5.66, p < .0001$) que lors de l'utilisation du traitement habituel à 8 semaines et à la fin de l'étude ($t(45) = -5.39, p < .0001, d = 1.56$). ❖ MBCT-PD a un effet prophylactique significatif par rapport au traitement habituel sur toute la période de l'étude ($\chi^2(1) = 6.92, p = .008$). ❖ La sévérité des symptômes dépressifs, l'étude démontre qu'il y avait une différence significative post-intervention ($t(83) = 3.19, p = .002, d = 0.70$). MBCT-PD ont eu une réduction significative de sévérité par rapport aux résultats avant l'intervention ($t(83) = 2.04, p = .043, d = 0.44$) alors que celles avec le traitement habituel ont eu une augmentation significative de la gravité des symptômes par rapport à la situation de départ ($t(83) = -2.48, p = .014, d = 0.54$). 	<p>Forces:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preuve des bénéfices de la MBCT-PD pour prévenir la dépression périnatale. - Cet effet protecteur n'a pas pu être remis en cause par l'utilisation compensatrice d'autres services de santé mentale. <p>Limites:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pertes de participantes ce qui amène à une diminution de légitimité. - Analyse fait à un temps T précis qui pourrait ne pas être totalement représentatif. - L'effet protecteur de la MBCT-PD n'a pas été prouvé au niveau développement de l'enfant et l'effet à plus long terme. - Population non-représentative de la population générale.

Notes : MBCT-PD : Mindfulness Based Cognitive for Perinatal Depression. TAU : Treatment as usual. SCID-I/ SCID-II : Structured Clinical Interview for Diagnostic. DSM-IV Axe II : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Axe II. EPDS : Edinburgh Postnatal Depression Scale. LIFE : Longitudinal Interval Follow-up Evaluation. MBCT-PD-AS : the Mindfulness Based Cognitive for Perinatal Depression Adherence Scale.

Tableau 9 : Description de l'article de Goodman et al. (2014)

Goodman, J.H., Guarino, A., Chenausky, K., Klein, L., Prager, J., Petersen, R., Forget, A. & Freeman, M. (2014). CALM Pregnancy : Results of a pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for perinatal anxiety. *Archives of Womens Mental Health*, 17(5), 373–387. doi: <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0402-7>

Objectif(s)	Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
<p>Évaluer la faisabilité et l'acceptabilité de l'intervention CALM Pregnancy pour les femmes enceintes ayant un trouble de l'anxiété généralisé ou un haut niveau d'anxiété ou d'inquiétude.</p> <p>Déterminer l'efficacité première de l'intervention sur la réduction de l'anxiété, de l'inquiétude et de la dépression et sur l'augmentation de la pleine conscience et de l'autocompassion.</p> <p>Évaluer la relation entre la pleine conscience et l'anxiété ainsi que la dépression sur le temps</p> <p>Recueillir le retour des participantes à propos de l'intervention.</p>	<p>Design : étude non randomisée, non contrôlée</p> <p>Population : 23 femmes enceintes (17 entrant dans les critères de GAD, 6 ayant en plus d'autres comorbidités)</p> <p>Inclusion : 1-27SA, >18 ans, anglophone, GAD-7 > 10, PSWQ > 45, dépression modérée PHQ-9 < 15, pas d'idées suicidaires, accord d'être contactée après l'étude, BAI > ou = 11, PSWQ > ou = 45, désir et habilité à participer à au moins sept des huit session CALM Pregnancy</p> <p>Exclusion : trouble bipolaire, prise de substances, trouble psychotique, trouble anxieux autre que GAD, prise d'un traitement pharmacologique antidépresseur et/ou contre l'anxiété durant les 6 dernières semaines ou si augmentation de la dose depuis les 6 dernières semaines, suivi psychothérapeutique >2x/mois, suivi d'une thérapie cognitivo-comportementale dans les 12 derniers mois</p> <p>Variable : méthode de recrutement, âge, semaine aménorrhée, parité, ethnie, état civil, degré d'éducation, trouble psychiatrique</p> <p>Outils : GAD-7, PSWQ, PHQ, BAI, BDI-II, SCS, MAAS, MINI, questionnaire qualitatif</p>	<p>Phase 1 : distribution à la clinique prénatale Massachusetts General Hospital d'un dossier détaillant l'étude et permettant de s'y inscrire, publicité placée dans les cliniques d'obstétrique dans la région de Boston puis entretien avec un psychologue afin de déterminer l'éligibilité des femmes</p> <p>Phase 2 : trois groupes de 6-12 femmes ont participé à 8 sessions CALM Pregnancy de 2h + pratique quotidienne de 30-40 minutes</p> <p>Phase 3 : complétion de plusieurs questionnaires au début, à 3, 5, 7 semaines de l'étude et après l'intervention, questionnaires qualitatifs à une semaine post intervention</p> <p>Période – Lieu : hôpitaux et cliniques d'obstétriques de Boston, Massachusetts General Hospital, Automne 2012- Hiver 2013</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Amélioration statistiquement significative pour BAI, PSWQ, BDI-II, SCS et MAAS ($p < .01$). ❖ Seule la corrélation entre MAAS et BAI est significative à l'évaluation post intervention ($r = -.482, p = .020$). ❖ Diagnostics psychiatriques : sur les 17 femmes entrant dans les critères GAD, une seule restait dans les critères à la fin de l'étude ; 2 participantes entraient dans les critères d'un trouble dépressif majeur et ne rencontraient plus les critères à la fin de l'étude. Pas d'influence sur les comorbidités. ❖ Participation à au moins 6 séances pour la plupart des femmes ($n = 21$; 87.5%). ❖ Participation à la méditation formelle en moyenne de 4.12 fois sur six jours de la semaine. ❖ Pratique de la respiration sur trois minutes en moyenne de 12.3 fois par semaine. ❖ Les 23 participantes finales ont apprécié les sessions et ont noté plusieurs aspects du programme comme aidant. 	<p>Forces : intervention en groupe (plus de ressources, moins chère qu'une thérapie individuelle), ajout de bienfaits thérapeutiques en plus de ceux recherchés par l'intervention, étude conçue spécialement pour des femmes enceintes atteintes d'un trouble psychiatrique, utilisation de questionnaires ainsi qu'un entretien avec un psychologue, aspect qualitatif permet une meilleure dimension et profondeur.</p> <p>Limites : pas de comparaison avec un groupe contrôle, petite étude, manque de pouvoir statistique, possibles biais par l'autoévaluation des mesures, pas d'analyse diagnostique objective en regard des conditions des femmes, étude axée sur une population ciblée (degré d'éducation, âge) et ne peut être généralisée à d'autres types de participantes, possible confusion des résultats avec les résultats des traitements pharmacologiques et/ou suivis psychothérapeutiques de certaines patients.</p>

Notes: GAD-7 : generalized anxiety disorder, PSWQ : penn state worry questionnaire, PHQ : patient health questionnaire, BAI : beck anxiety inventory, BDI-II : beck depression inventory - second edition, SCS : self compassion scale, MAAS : mindfulness attention awareness scale, MINI : International Neuropsychiatric Interview.

Tableau 10 : Description de l'article de Krusche et al. (2018)

Krusche, A., Dymon, M., Murphy, S.E. & Crane, C. (2018). Mindfulness for pregnancy: a randomised controlled study of online mindfulness during pregnancy. *Midwifery* 65, 51-57, <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.07.005>

Objectif(s)	Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
Examiner et comparer les effets de la participation à un cours générique de pleine conscience en ligne d'un groupe de femmes enceintes avec un groupe sur liste d'attente.	<p>Design : étude randomisée contrôlée</p> <p>Population : 185 femmes enceintes recrutées et randomisées en ligne</p> <p>Inclusion : inscription dès 12 SA, patiente >18 ans</p> <p>Exclusion : participation à des cours complémentaires de pleine conscience, idées suicidaires</p> <p>Variable : âge, ethnie, pays, état civil, durée de la relation, niveau d'étude, statut professionnel, grossesse planifiée, durée d'essai de conception, parité, trimestres, antécédents médicaux, pratiques de relaxation (yoga, méditation)</p> <p>Outils : PSS, GAD, EPDS, TPDS, OWLS</p>	<p>Phase 1 : recrutement sur une année via e-mails, réseaux sociaux, google, publicités, forums de jeunes mamans, flyers envoyés dans les églises, universités et écoles, centres communautaires et magasins chez des femmes entre 12-34SA</p> <p>Phase 2: Pratique de la pleine conscience formelle et informelle. Contenu du cours semblable à un cours de 8 semaines mais condensé en 4 et permettant aux participantes d'arrêter et de recommencer</p> <p>Phase 3 : passation de questionnaires avant l'intervention (T0), après le cours (T1) et 8 semaines PP (T2)</p> <p>Période – Lieu : Grande Bretagne, 2018</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Sur les 107 femmes du groupe expérimental, seules 16 sont allées jusqu'au bout de l'étude, 4 ont accouché prématurément et 85 ont abandonné en cours d'étude. ❖ Changements T0-T1 : diminution significative du stress perçu et de la dépression dans le groupe expérimental ($n=22$ [$F(1,69)=33.36$, $p < .001$, $\eta^2=0.33$]) ainsi que dans le groupe sur liste d'attente ($n=50$ [$F(1,69)=13.39$, $p < .001$, $\eta^2=0.16$]). De plus, la différence entre les deux groupes est significative ($F(1,69)=4.25$, $p < .05$, $\eta^2=0.058$). ❖ Diminution de l'anxiété pour les deux groupes ($F(1,69)=18.42$, $p < .001$, $\eta^2 = 0.21$) et [$F(1,69) = 14.27$, $p < .001$, $\eta^2 = 0.17$] ❖ Diminution significative des scores de dépression pour le groupe expérimental [$F(1,69)=11.25$, $p < .005$, $\eta^2 = 0.14$] avec une différence de scores entre T0 et T1 significative [$F(1,69) = 10.06$, $p < .005$, $\eta^2 = 0.13$] ❖ Une différence significative a également été relevée quant à l'anxiété liée à la grossesse et au travail avec une nette diminution pour le groupe expérimental [$F(1,70) = 5.19$, $p < .05$, $\eta^2 = 0.17$] ❖ Changement T0-T2 : diminution significative du stress perçu chez les deux groupes [$F(1,45) = 10.57$, $p < .005$, $\eta^2 = 0.19$] et [$F(1,45) = 10.06$, $p < .005$, $\eta^2 = 0.18$]. 	<p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Attrition à 67% probablement due à l'absence d'un instructeur qui pourrait répondre aux questions ou aider en cas de difficultés, à peu de contacts avec les chercheurs, à un manque de soutien social des autres participantes et à la gratuité du cours - Peu de données de suivi post-natal ont été récoltées - Échec d'obtention de données de suivi de la part des participantes qui ont abandonné l'étude.

Notes: PSS : Perceived Stress Scale, GAD : General Anxiety Disorder, EPDS : Edinburgh Postnatal Depression Scale, TPDS : Tillburg Pregnancy Distress Scale, OWLS : Oxford Worries about Labour Scale.

Tableau 11 : Description de l'article de Shulman et al. (2018)

Shulman, B., Dueck, R., Ryan, D., Breau, G., Sadowski, I. & Misri, S. (2018). Feasibility of a mindfulness-based cognitive therapy group intervention as an adjunctive treatment for postpartum depression and anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 235, 61–67. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.065>

Objectif(s)	Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
<p>Déterminer la faisabilité d'une intervention MBCT en tant qu'adjuvant à une pharmacothérapie pour traiter de la dépression et l'anxiété au post-partum, par rapport à un groupe contrôle sous pharmacothérapie uniquement.</p> <p>Évaluer l'effet de la MBCT à travers les niveaux de dépression et d'anxiété.</p> <p>Évaluer secondairement si l'intervention empêche une rechute de la dépression.</p>	<p>Design : étude pilote</p> <p>Population : 30 femmes en post-partum (14 en MBCT, 16 en groupe contrôle)</p> <p>Inclusion : diagnostiquées avec un MDD ou GAD les derniers 12 mois, sous traitement antidépresseur</p> <p>Exclusion : participant à d'autres thérapies de groupe, <19 ans, ne parlent pas anglais, présentant des troubles psychotiques ou bipolaires, tendance suicidaire, abus de substances</p> <p>Variable : âge, niveau d'éducation, état civil, nombre et âge des enfants, origine ethnique, langue maternelle, diagnostic psychiatrique, nom et posologie de toute pharmacothérapie actuelle.</p> <p>Outils : PHQ-9, GAD-7, MAAS.</p>	<p>Phase 1 : interview clinique structuré pour évaluer la présence d'un MDD ou GAD</p> <p>Phase 2 : programme de MBCT durant 8 semaines (1 séance /semaine) et remplir des questionnaires à des moments précis pour les 2 groupes</p> <p>Phase 3 : évaluations des items du PHQ-9, MAAS et GAD-7 la semaine 1, 4, 8 et à 3 mois</p> <p>Période – Lieu : clinique externe de santé mentale pour la reproduction basée dans une maternité tertiaire de l'ouest canadien de janvier à septembre 2016</p>	<p>Dépression:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Diminution significative du niveau de dépression chez groupe intervention MBCT de la semaine 1 à 4 ((t (13) = 3.30, p < .01), puis 4 à 8 (t (13)2.53. p=0.03). Les résultats ne sont pas significatifs entre la semaine 8 et les 3 mois de suivi (t (9) = -1.09, p = .31). ❖ Les différences entre le groupe contrôle et le groupe MBCT ne sont pas significatives. <p>Anxiété</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Diminution des niveaux d'anxiété chez les participantes à l'intervention MBCT de la semaine 1 à la semaine 8 (t (13) = 3.61, p < .01). ❖ Les bénéfices de l'intervention n'ont pas été prouvés significativement au bout des 3 mois. Différence de scores entre semaine 8 et 3 mois (t (9) = 1.50, p = .17). ❖ Les différences entre le groupe contrôle et le groupe MBCT ne sont pas significatives. 	<p>Forces:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Première étude qui a évalué l'effet de l'intervention MBCT sur une population avec MDD ou GAD en phase active de la maladie. - De plus, en excluant les troubles bipolaires et en se concentrant sur les troubles MDD et GAD, leur étude est plus représentative pour une population générale en post-partum. <p>Limites:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Échantillon restreint et non représentatif de tout type de population qui amène à des résultats non significatifs. - Le recrutement a été fait à deux périodes différentes pour le groupe d'intervention vs groupe contrôle, ce qui rend certains résultats non significatifs. - Le suivi longitudinal n'a pas pu être fait car trop peu de données du groupe contrôle.

Notes: PHQ-9: Patient Health Questionnaire-9; GAD-7: Generalized Anxiety Disorder-7 ; MAAS: Mindful Attention Awareness Scale; MDD: Major Depressive Disorder ; GAD: Generalized Anxiety Disorder.

Tableau 12 : Description de l'article de Woolhouse et al. (2014)

Woolhouse, H., Mercuri, K., Judd, F. & Brown, S. J. (2014). Antenatal mindfulness intervention to reduce depression, anxiety and stress: a pilot randomised controlled trial of the MindBabyBody program in an Australian tertiary maternity hospital. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 369. doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-014-0369-z>

Objectif(s)	Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
<p>Évaluer une intervention prénatale basée sur la pleine conscience pour diminuer le stress, l'anxiété et la dépression périnatale.</p> <p>Évaluer la faisabilité et l'acceptabilité de l'étude pour les femmes enceintes.</p> <p>Évaluer les différentes manières de recrutement et leur faisabilité.</p>	<p>Design : essai pilote randomisé contrôlé et essai non randomisé</p> <p>Population : population ciblée de femmes enceintes identifiées comme à risques de stress, dépression ou anxiété (20 femmes).</p> <p>Population universelle ouverte à chaque femme enceinte (32 femmes) réparties en deux groupes (Mindbabybody program ou TAU)</p> <p>Inclusion : femmes se destinant à accoucher dans l'hôpital choisi, entre 18-50 ans, >10SG</p> <p>Exclusion : >34SG, consommation de substances, idées suicidaires, niveau d'anglais insuffisant pour participer aux séances de pleine conscience et compléter les questionnaires</p> <p>Variables : âge, parité, statut professionnel, niveau d'éducation, statut relationnel, lieu de naissance, langue maternelle, stade de la grossesse lors de l'inscription</p> <p>Outils : DASS-21, CES-D, STAI, PSS, FFMQ</p>	<p>Recrutement : recrutement selon 4 modèles:</p> <p>Femmes enceintes identifiées comme à risques par leur sage-femme et voulant participer à l'étude sont directement affiliées au groupe non randomisé.</p> <p>Recrutement par une brochure d'informations envoyée par mail au moment de l'enregistrement des femmes enceintes dans l'hôpital, par une assistance de recherche dans la salle d'attente à six occasions pendant 4h, via les cours de PANP et de physio.</p> <p>Phase 1 : passation de 4 questionnaires à remplir</p> <p>Phase 2 : intervention MindBabyBody de 6 séances de 2h pour les groupes expérimentaux.</p> <p>Continuité du suivi standard pour le groupe contrôle.</p> <p>Phase 3 : passation de questionnaires et d'interviews.</p> <p>Période – Lieu : royal Women's Hospital, Melbourne, 2011, 8 mois de recrutement</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Pratique de la pleine conscience formelle 3-4x/semaine pour chaque groupe. ❖ Niveau de pratique plus élevé chez le groupe randomize contrôlé VS le groupe non randomisé avec une pratique de 3 jours/semaine pour 92.3% d'entre eux VS 63.6%. ❖ 55% des participantes ont indiqué une pratique de la pleine conscience informelle au moins 4x/semaine. ❖ Etude non randomisée : diminution significative du score DASS-21 de l'échelle de la dépression ($p = 0.01$), du CES-D ($p = 0.04$) et du STAI ($p = 0.04$). Pas de diminution significative du stress. Augmentation significative de l'action en conscience ($p = 0.01$) et de la description ($p = 0.02$) sur l'échelle de la pleine conscience. ❖ RCT : amélioration significative de l'anxiété ($p = 0.02$), amélioration des items observation ($p < 0.01$) et description de l'échelle de la pleine conscience ($p = 0.03$), niveau plus élevé de la pratique de la pleine conscience en comparaison à l'étude non randomisée. 	<p>Forces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comparaison de trois modes de recrutement pour le RCT - Comparaison entre un recrutement universel et un recrutement ciblé - Comparaison des différentes mesures standardisées pour mener à la même dimension de finalité - Analyse quantitative et qualitative pour déterminer la faisabilité et l'acceptabilité du recrutement, des méthodes de suivi et d'intervention <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Possible chevauchement dans les méthodes de recrutement - Analyse qualitative non significative du fait que seules 4 femmes ont répondu à l'interview - Peu de participantes à l'étude. Cela demande une analyse et une interprétation précautionneuse des résultats

Notes: DASS : Depression, Anxiety and Stress Scale-21, CES-D : Centre for Epidemiologic Studies Depression Scales Revised, STAI : State-Trait Anxiety Scale, PSS : Perceived Stress Scale, FFMQ : Five-Factor Mindfulness Questionnaire MBSR : mindfulness-based stress reduction MBCT : mindfulness-based cognitive therapy MBCT : mindfulness-based childbirth and parenting.

6. Analyse des études et des résultats

6.1. Analyse critique

6.1.8. Méthodologie

Auteurs, publications et lieux

La plupart des auteurs sont diplômés d'un PhD soit en psychologie ou en psychiatrie (Dimidjian, Goodman, Felder, Misri, Freeman, Woolhouse & Krusche). D'autres scientifiques amènent des connaissances supplémentaires avec des PhD en neuroscience (Murphy) et en oncologie (Breau) et apportent leur expertise en biostatistique et dans la conception de la méthodologie (Shulman et al., 2018). Les partenaires de l'étude de Goodman et collaborateurs (2014) détiennent pour la plupart un diplôme d'infirmier et sont spécialisés en santé mentale des femmes ou en pédiatrie/néonatalogie. Certains scientifiques se sont également spécialisés en thérapie cognitive, c'est le cas pour Goodman ou en technique de pleine conscience telle que la MBCT (Shulman, Dueck, Mercuri, Krusche & Crane). Tous ces scientifiques sont d'origine anglophone et basent leurs recherches dans des pays fonctionnant de manière équivalente au nôtre. C'est donc pour nous une force que l'on peut mettre en valeur dans l'applicabilité des résultats.

Les revues dans lesquelles sont publiés les articles sont elles aussi légitimes. Certaines servent de journal officiel pour des sociétés, c'est le cas pour « Archives of Women's Mental Health », revue dans laquelle Goodman et collaborateurs (2014) ont publié leur article (Springer Nature Switzerland AG, 2019). La revue « Midwifery », dans laquelle est publiée la recherche de Woolhouse, Mercuri, Judd et Brown (2014), est officiellement reconnue par l'association européenne des sages-femmes (Elsevier B.V., 2019).

Quant aux lieux où se sont basées les recherches, nous ne pouvons émettre de doute quant à leur légitimité. Tous sont de grands hôpitaux de niveau trois et comportent des départements consacrés à la recherche. Le « Massachusetts General Hospital » par exemple, est le plus grand centre de recherche du territoire nord-américain, dont le budget de recherche s'élève à 928 millions de dollars en 2018 (Massachusetts General Hospital, 2019). Le « Royal Women's Hospital » quant à lui est le premier et le plus grand hôpital spécialisé femme/enfant d'Australie qui choisit d'effectuer des recherches

autour de dix sujets principaux se basant sur l'obstétrique, la gynécologie et la pédiatrie (The Royal Women's Hospital, S.d.).

Le design

Dans les cinq articles sélectionnés, tous sont élaborés sous forme d'essais ou d'études pilotes qu'ils soient randomisés ou non. Ce design peut permettre par la suite, en fonction des résultats, la mise en place d'études à plus grande échelle. Les résultats obtenus par ces divers articles à travers la faisabilité et l'acceptabilité permettent, selon leurs forces et leurs limites, d'ouvrir la porte à d'autres recherches axées sur les besoins de la population.

Les études randomisées nous permettent d'obtenir le plus haut niveau de preuves, lorsque celles-ci sont bien réalisées, c'est le cas de Dimidjian et collaborateurs (2016). Cependant, la réalisation de l'étude de Krusche, Dymond, Murphy & Crane (2018) ne permet pas un niveau de preuve suffisant, dû à un taux d'attrition important ainsi qu'à d'autres limites établies par les auteurs, décrites dans l'analyse thématique. C'est le cas également dans l'étude de Woolhouse et collaborateurs (2014) dont l'échantillon est trop faible. Les études non randomisées (Goodman et al., 2014; Woolhouse et al., 2014), permettent d'établir l'efficacité de la pleine conscience lorsque les patientes présentent des facteurs de risques ou une dépression traitée pharmacologiquement. C'est également le cas de l'étude de Shulman et collaborateurs (2018), qui a été un précurseur des interventions MBCT axées sur une population atteinte de trouble dépressif majeur ou de trouble généralisé de l'anxiété en phase active de maladie. Woolhouse et collaborateurs (2014), quant à eux, ont choisi de partager leur étude selon les deux modèles de randomisation contrôlée et de non randomisation afin d'obtenir des résultats chez deux types de population (universelle et à risques). Cette étude a comme avantage de pouvoir comparer plusieurs modes de recrutements ainsi que différentes mesures standardisées menant à la même dimension de finalité. De plus, elle choisit également de collecter des résultats non seulement de manière quantitative mais aussi qualitative, ce qui amène plus de données pour la faisabilité et l'acceptabilité de l'étude.

Dimidjian et collaborateurs (2016), Krusche et collaborateurs (2018) et Woolhouse et collaborateurs (2014) nous permettent d'établir un lien entre l'efficacité de la pleine conscience par rapport à une pratique déjà établie (traitement, ou « treatment as usual » (TAU) avec une référence à des spécialistes en cas de risque de dépression). Goodman

et collaborateurs (2014) ainsi que Shulman et collaborateurs (2018) ont plutôt choisi d'évaluer l'intervention de la pleine conscience sans la comparer à un groupe contrôle. Le choix d'un groupe contrôle ou non aura un impact sur l'angle des résultats recherchés. Dans le cas d'une comparaison avec un groupe témoin, les résultats statistiques obtenus seront plus axés sur l'efficacité de la méthode sans en obtenir ses mécanismes précis (Dimidjian et al., 2016). Alors que l'évaluation de l'intervention sans comparaison permet d'approfondir les différents angles d'action de cette approche. Cependant, dans le cas des études de Goodman et collaborateurs (2014) et de Shulman et collaborateurs (2018), le fait que la méthode MBCT puisse être associée à la prise d'un traitement peut avoir biaisé le développement de ces résultats globaux.

Recrutement, échantillon et population

Dans certains articles, (Shulman et al., 2018; Woolhouse et al., 2014) le recrutement comporte certains biais de sélection, notamment dû au fait qu'elles ne sont pas randomisées ou que le recrutement des deux groupes s'est fait en deux temps. Cependant, les critères d'inclusion et d'exclusion sont bien définis dans chaque étude. Lors de la planification du recrutement, Dimidjian et collaborateurs (2016) et Shulman et collaborateurs (2018) ont pris en compte le taux d'attrition afin de calculer l'échantillonnage optimal pour leur recherche. Malheureusement, aucun des autres auteurs n'a pris en compte cette donnée. Cependant, chacun a détaillé la perte des participantes dans leur article. Dans la globalité, les échantillons ont été pauvres. En effet, sur les cinq articles sélectionnés, seuls Dimidjian et collaborateurs (2016) ont un échantillon de quatre-vingt-six personnes en comparaison avec les autres études qui n'en comportent pas plus de trente.

Dans chaque article, les auteurs émettent une critique quant à la population ciblée dans le cadre de leur recherche. En effet, ils se mettent tous d'accord sur le fait que la population prise en compte dans les études n'est pas représentative de la population générale. A l'aide des variables qui sont bien définies dans chaque article, on observe que l'âge, l'ethnie, l'éducation et l'état civil sont des caractéristiques communes à toutes les études. Elles peuvent être facilement transposables à la population suisse.

Intervention

Dans tous les articles choisis, le type de pleine conscience présenté est celui de la mindfulness-based cognitive therapy (MBCT), un de nos critères de sélection. En

parcourant ces études, il est intéressant d'examiner que la pleine conscience peut être amenée à travers divers formats. En effet, dans quatre de nos études (Dimidjian et al., 2016; Goodman et al., 2014; Shulman et al., 2018; Woolhouse et al., 2014), les séances sont présentées en face à face, avec des exercices à pratiquer à domicile (pratique formelle et informelle). Alors que dans l'étude de Krusche et collaborateurs (2018), les sessions et exercices à domicile sont accessibles sur internet.

Dans les études de Dimidjian et collaborateurs (2016), Goodman et collaborateurs (2015), Shulman et collaborateurs (2018), les interventions ont été construites selon les bases de structure des sessions de MBCT décrites par Segal, Williams et Teasdale en 2006 dans leur livre « Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse », ainsi que selon « The Mindful Way Workbook: un programme de 8 semaines pour vous libérer de la dépression et détresse émotionnelle » (Teasdale, Williams & Segal, 2014 cités par Shulman et al., 2018). Puisque Segal, Williams et Teasdale sont les fondateurs de la MBCT, la conception des interventions basées sur leurs ouvrages rendent ces dernières légitimes. Les interventions des études citées ci-dessus sont constituées de huit séances de deux heures accompagnées par de la pratique formelle et informelle ainsi que des discussions concernant l'expérience vécue des participantes. Woolhouse et collaborateurs (2014) ainsi que Krusche et collaborateurs (2018) ont apporté des modifications à leurs interventions en les élaborant sur une durée plus courte: six sessions de deux heures chez Woolhouse et collaborateurs (2014); la compression de huit séances en quatre pour Krusche et collaborateurs (2018). De plus, Woolhouse et collaborateurs (2014) ne se sont pas uniquement basés sur la MBCT pour la création de leur intervention mais également sur la MBCP et la MBSR. Quant au contenu des différents cours, on observe que Dimidjian et collaborateurs (2016), Goodman et collaborateurs (2014) ainsi que Woolhouse et collaborateurs (2014) ont adapté ceux-ci à la grossesse en amenant des exercices qui intègrent le bébé. En outre, les exercices suivants : le bodyscan; la méditation en mouvement ou assise; le temps pour la respiration et être en conscience avec son corps et ses pensées, sont présents dans une grande partie des articles. Ainsi les interventions reçues par les participantes, ont une grande similarité, ce qui amène un consensus dans les résultats liés à la MBCT.

Outils de mesure

Tous les outils ont fait l'objet d'études afin d'en déterminer la légitimité et l'efficacité et sont donc des outils validés et adaptés à la population du pays dans lequel se déroule l'étude. Toutes les recherches que nous avons sélectionnées pour élaborer ce travail utilisent des outils permettant de mesurer ou d'évaluer le risque et la gravité des troubles psychiatriques tels que la dépression ou l'anxiété et d'autres facteurs mis en corrélation comme le stress. Cependant, nous pouvons constater que chaque groupe de recherche n'utilise pas les mêmes outils pour évaluer les mêmes sujets, à savoir la dépression, l'anxiété et la pleine conscience. La dépression est mesurée grâce aux BDI-II, CES-D, DASS, EPDS & PHQ-9. Tous ces outils, lorsqu'ils sont utilisés conjointement, sont complémentaires dans l'évaluation de la dépression dans sa globalité (période d'apparition, gravité des symptômes, évaluation du risque). Néanmoins, les articles de notre revue de littérature (Dimidjian et al., 2016; Goodman et al., 2014; Krusche et al., 2018; Shulman et al., 2018; Woolhouse et al., 2014) n'évaluent pas la dépression à travers tous ces outils et peuvent ainsi manquer de vue d'ensemble quant à ce trouble. Toutes les études, mise à part celle de Krusche et collaborateurs (2018), utilisent des outils tels que MBCT-PD-AS (Dimidjian et al., 2016), MAAS (Goodman et al., 2014; Shulman et al., 2018) et FFMQ (Woolhouse et al., 2014) permettant de mesurer les capacités de pleine conscience des participantes et leurs effets à plus ou moins long terme. Les outils « MBCT-PD-AS » ainsi que « FFMQ » sont les plus adaptés à notre problématique, notamment dans le cas du premier qui évalue l'adhésion propre au protocole MBCT et dans le cas du second qui évalue cinq mécanismes développés grâce à la MBCT (non réactivité, observation, agir en conscience, description, non jugement).

Dans l'étude de Woolhouse et collaborateurs (2014), des entretiens face à face sont élaborés et rédigés afin de déterminer l'aspect qualitatif de l'étude. Ces interviews permettent aux participantes d'apporter des informations sur leurs expériences et apprentissages au cours de ce programme. Les auteurs ont également l'opportunité d'évaluer la durée, et le contenu des séances grâce aux retours des participantes. Néanmoins, l'utilisation d'entretiens enregistrés et retranscrits, peut amener un biais possible concernant les résultats, notamment par rapport à la preuve de l'efficacité des interventions, qui peut être valorisée.

Tableau 13 : Présentation des différents outils présents dans les articles retenus

Echelles	Fonctions	Validé	Seuil
<i>BAI (Beck anxiety inventory)</i>	21 items - mesure le niveau d'anxiété	✓	11
<i>BDI-II (The Beck Depression Inventory – Second Edition)</i>	21 items - évalue la présence et gravité des symptômes de la dépression	✓	inconnu
<i>CES-D (Centre for Epidemiologic Studies Depression Scales Revised)</i>	20 items - mesure les symptômes dépressifs en anténatale	✓	≥16
<i>DASS (Depression, Anxiety and Stress Scale-21)</i>	Évaluation des scores pour la dépression, l'anxiété et le stress.	✓	≥14 ≥10, ≥19
<i>EPDS (Echelle de dépression post-partum d'Edinbourg)</i>	10 items - mesure le risque de dépression périnatale	✓	>9 >12 (PP)
<i>FFMQ (Five-Factor Mindfulness Questionnaire)</i>	39 items - questionnaire axé sur les 5 facteurs de la mindfulness: <i>non-réaction, observation, agir en conscience, description et le non-jugement.</i>	✓	inconnu
<i>GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7)</i>	7 items - dépiste l'anxiété	✓	7-10
<i>LIFE (Longitudinal Interval Follow-up Evaluation)</i>	Évaluation longitudinale du risque de rechute de la dépression à l'aide de symptômes	✓	inconnu
<i>MAAS (Mindful Attention Awareness Scale)</i>	15 items - mesure la prise de conscience ouverte ou réceptive de l'attention sur l'instant présent	✓	inconnu
<i>MBCT-PD-AS (The Mindfulness Based Cognitive for Perinatal Depression Adherence Scale)</i>	13 items - mesure l'adhésion au protocole MBCT	✓	inconnu
<i>M.I.N.I.: (Mini-international Neuropsychiatric Interview)</i>	Un entretien pour diagnostiquer des troubles majeurs psychiatriques	✓	inconnu
<i>OWLS (Oxford Worries about Labour Scale)</i>	9 items - mesure l'inquiétude face à l'accouchement	✓	inconnu
<i>PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9)</i>	9 items - mesure les symptômes physiques et émotionnels de la dépression	✓	10
<i>PSQW (Penn State Worry Questionnaire)</i>	16 items - mesure l'inquiétude (générale, excessive ou incontrôlable)	✓	inconnu
<i>PSS (Perceived Stress Scale)</i>	10-item mesure du stress perçu	✓	inconnu
<i>SCS : (Self Compassion Scale)</i>	26 items - mesure de l'auto-compassion	✓	inconnu
<i>STAI (State-Trait Anxiety Scale)</i>	20-items- mesure individuel du niveau d'anxiété	✓	≥40
<i>TPDS (Tillburg Pregnancy Distress Scale)</i>	Mesure du stress durant la grossesse	✓	inconnu

6.1.9. *Ethique*

Tout au long de notre travail, nous avons fait particulièrement attention au respect de l'éthique dans chaque article. Nous avons relevé qu'elle était en grande partie respectée pour toutes les études, mise à part celle de Shulman et collaborateurs (2018). Hormis dans cet article, chaque étude a distribué un consentement à signer avant que l'intervention ne débute permettant ainsi aux participantes de faire le choix éclairé quant à leur participation à l'étude. Les comités d'éthique des hôpitaux respectifs aux études ont approuvé celles de Dimidjian et collaborateurs (2016), de Goodman et collaborateurs (2014) et de Woolhouse et collaborateurs (2014). Ci-dessous, nous allons relever les quatre principes fondamentaux de l'éthique présents dans les différents articles.

En lisant l'étude de Dimidjian et collaborateurs (2016), nous remarquons que le principe de la justice est respecté en permettant aux participantes d'accéder à des prises en soins pharmacologiques et/ou psychothérapeutiques si besoin, en plus de l'intervention de MBCT ou TAU. Les données sont extraites et analysées à part puis comparées au reste. Par cette action, les auteurs respectent non seulement le principe de la justice mais également celui de la non-malfaisance.

Dans leur étude, Shulman et collaborateurs (2018) respectent également les principes de la non-malfaisance et de la justice. En effet, le groupe contrôle et le groupe expérimental bénéficient chacun d'un traitement et la MBCT est ajoutée à ce traitement pour le groupe expérimental. En revanche, le principe de l'autonomie n'est pas totalement respecté car aucun consentement n'a été signé en amont.

L'équipe de Goodman et collaborateurs (2014) quant à elle, respecte les principes de la bienveillance et de l'autonomie en prenant en compte l'aspect qualitatif de l'étude ainsi que le principe de la justice par la répartition en petits groupes des participantes à l'étude. Par cette action, elle permet une meilleure prise en soins, également moins chère. Elle met également en place un entretien psychologique en début d'étude afin d'évaluer la santé mentale de chaque participante et respecte de ce fait le principe de la non-malfaisance en adaptant la prise en soins. Grâce à cela, la justice est également respectée en permettant aux femmes atteintes d'un trouble de l'anxiété généralisé et ayant recours à une psychothérapie ou un traitement pharmacologique de participer à l'étude, sous certaines conditions indiquées dans les critères d'inclusion et d'exclusion.

Woolhouse et collaborateurs en 2014, de leur côté respectent également les quatre principes fondamentaux de l'éthique. La bienveillance et l'autonomie sont mises

en avant par le fait que les participantes qui n'ont pas souhaité participer à la collecte de données ont tout de même été autorisées à participer au programme *MindBabyBody*. La justice, elle, est respectée par le fait que Woolhouse a adapté les plannings des séances de pleine conscience afin que chaque participante puisse y prendre part. Il est également mentionné que le groupe contrôle bénéficiait d'un suivi particulier en cas de besoin et pouvait être adressé à des spécialistes. Cette dernière information permet de déceler que la non-malfaisance envers le groupe contrôle a été respectée.

Krusche et collaborateurs (2018), quant à eux, ont tâché de respecter les principes de la non-malfaisance et de la justice en permettant aux participantes mises sur liste d'attente en début d'étude d'obtenir le cours en ligne dans la période postnatale. Cependant la bienveillance est moins respectée puisque, dans le cadre des cours de pleine conscience en ligne, aucun instructeur n'est disponible en cas de besoin et les participantes ont peu de contacts avec l'équipe de recherche. En ce qui concerne le principe de l'autonomie, il est en partie respecté car encouragé par la méthode en ligne mais devient problématique lors de la survenue d'une complication pour une participante. Dans ce cas, elle ne pourra plus bénéficier de son autonomie ne pouvant être soutenue dans sa problématique. Elle sera donc plus encline à abandonner l'étude.

D'un point de vue général, nous avons relevé que tous les principes fondamentaux de l'éthique ne figuraient pas dans chaque étude. Après analyse de chacun des articles, nous pouvons constater que le principe le mieux respecté chez tout le monde est celui de la non-malfaisance. C'est le seul en commun dans chaque étude puisqu'aucun auteur n'a élaboré ces interventions dans le but de nuire à la personne. Nous pouvons également souligner que les études de Woolhouse et collaborateurs (2014) et de Goodman et collaborateurs (2014) sont les seuls à respecter tous les principes fondamentaux de l'éthique. Ainsi, au vu des points relevés ci-dessus, l'éthique est en globalité respectée dans chaque article malgré quelques points manquants pour certains.

6.2. Analyse thématique

6.2.10. Faisabilité de l'intervention pleine conscience

A travers toutes les études, les auteurs rencontrent plusieurs difficultés dans la réalisation de celles-ci. Notamment par le fait que la diversité des populations est restreinte et le nombre de participantes est moindre, ce qui diminue considérablement la légitimité des études et les preuves de l'effet bénéfique que peut avoir la MBCT (Dimidjian et al., 2016; Goodman et al., 2014; Krusche et al., 2018; Shulman et al., 2018; Woolhouse et al., 2014). C'est le cas dans tous les articles choisis, où les caractéristiques des échantillons sont très similaires. Ainsi à l'avenir, les auteurs souhaiteraient que les prochaines études s'axent davantage sur une diversité du point de vue de l'ethnie et du statut socioéconomique.

Dans l'article de Dimidjian et collaborateurs (2016), les auteurs émettent la perte dès le début de l'étude de six participantes sur quarante-trois dans le groupe MBCT-PD pour les raisons suivantes : manque de temps, problèmes de garde d'enfants, etc. Alors que seule une personne sur quarante-trois du groupe TAU a abandonné pour des raisons de mécontentement de traitement. Ainsi ils se demandent pourquoi un tel refus de la MBCT-PD dès l'attribution. Concernant l'étude de Shulman et collaborateurs (2018), au vu d'un recrutement fait à des périodes différentes pour le groupe d'intervention et le groupe contrôle, ainsi que d'une perte de participantes, un déséquilibre se crée, ce qui impacte de manière notable les résultats statistiques de comparaison des groupes, évalués comme non significatifs.

D'autre part, dans certaines études, des bénéfices sont illustrés grâce à un questionnement et une remise en question de la réalisation. Par exemple, Woolhouse et collaborateurs (2014) ont adapté leur réalisation en changeant les horaires des cours (en les plaçant en dehors des heures de travail), ce qui a entraîné une augmentation du nombre de participantes. De plus, ils ont testé des moyens de recrutement divers afin de trouver la meilleure manière d'optimiser l'évaluation à grande échelle. Le recrutement des femmes à risques fait par des professionnels de la périnatalité en clinique (groupe non-randomisé) a rapporté vingt participantes. Alors que dans le groupe randomisé ce nombre s'élève à trente-deux. Ce recrutement s'est fait via l'utilisation de deux mille cinq cents brochures envoyées par mail, une assistante de recherche présente dans la salle d'attente d'une clinique et à travers la publicité faite lors de cours de préparation à

l'accouchement et de cours de physiothérapie prénatale. Malheureusement, les auteurs n'arrivent pas à des résultats concluants concernant le meilleur moyen de recruter un échantillon. Par contre, les participantes ont amené des pistes d'amélioration à travers leurs besoins d'adapter la brochure dans un langage plus courant et de recruter plus tôt dans la grossesse, afin d'éviter le risque d'abandon de l'intervention dû à l'accouchement.

Lors du recrutement d'une population universelle, Woolhouse et collaborateurs (2014) mettent en avant l'effet de prévention à grande échelle, face au risque de développer une dépression dans le futur. Cependant, ils affirment que lors de ce type de recrutement, l'échantillonnage ne correspond pas toujours à la population globale en matière de seuil clinique. En effet, l'échantillon peut présenter un seuil clinique plus élevé que la moyenne de la population générale par rapport aux outils utilisés pour objectiver un trouble mental. Ce fut le cas dans leur étude où les femmes avaient des scores cliniques trop élevés, ce qui diminue l'adaptabilité des résultats à une population générale. Concernant le recrutement d'une population ciblée, les auteurs expliquent que celui-ci permet d'engager des moyens focalisés sur les besoins immédiats des femmes à risques et est de ce fait avantageux économiquement.

En matière d'économie, Goodman et collaborateurs (2014), ont divisé les participantes à l'intervention en petits groupes de six à douze femmes, ce qui leur a permis de diminuer les coûts par rapport à une thérapie individuelle. De plus, une thérapie de groupe permet aux participantes d'acquérir de nouvelles ressources et de les partager, ce qui peut augmenter la force du soutien social. Enfin, selon les auteurs, la décision d'élaborer une étude à moindre coût peut en diminuer le pouvoir statistique, notamment par le choix de ne pas faire de comparaison avec un groupe contrôle.

À travers tous les résultats scientifiques présentés ci-dessus, nous pouvons constater que la réussite et l'adaptation à grande échelle des études nécessitent une élaboration rigoureuse en termes de recrutement, de choix de population, de taille d'échantillonnage, de calcul du taux d'attrition et d'économie.

6.2.11. Acceptabilité de l'intervention pleine conscience

Parmi les différents articles choisis, l'acceptabilité de la MBCT a été évaluée dans chacun d'entre eux. Dans l'étude de Dimidjian et collaborateurs (2016), les auteurs ont relevé une participation de 89% du groupe MBCT-PD, à travers les sessions organisées

et les pratiques à domicile. Goodman et collaborateurs (2014) ont montré une participation de 87,5% dans leur étude sur un groupe unique bénéficiant de l'intervention MBCT. L'étude de Woolhouse et collaborateurs (2014) quant à elle, a mis en évidence que selon les groupes, la participation à l'intervention était différente. Dans le groupe des femmes à risques, celles-ci avaient un niveau de participation de 63,6 contre 92,3% dans le groupe randomisé. Dans l'article de Dimidjian et collaborateurs (2016), les femmes ayant un antécédent de dépression, ont été très satisfaites et engagées dans l'intervention MBCT-PD. Ce contentement était significativement plus élevé que dans le groupe contrôle (Dimidjian et al., 2016). Pourtant, l'adhésion à l'intervention n'est pas toujours optimale. En effet, dans l'étude de Shulman et collaborateurs (2018), les données ont été complétées entièrement pendant l'intervention, par contre, trois mois après celle-ci, seul 71% du groupe MBCT et 12,5% du groupe contrôle ont rempli les échelles. Aucune information concernant ces pertes à long terme n'a été évoquée par les auteurs. Dans l'article de Krusche et collaborateurs (2018), une perte considérable de nonante-et-une femmes a également été relevée. Ceci s'explique selon eux par un format inadapté et le manque d'un instructeur pouvant répondre aux différents besoins des participantes. Dimidjian et collaborateurs (2016), Krusche et collaborateurs (2018) ainsi que Woolhouse et collaborateurs (2014) ont relevé un taux important de pertes dû à un accouchement prématuré ou à un manque de temps des participantes pour pratiquer. Shulman et collaborateurs (2018) expliquent que la MBCT implique une participation active de la part des femmes enceintes et la nécessité d'adapter leur vie quotidienne à cette pratique, ce qui peut expliquer les taux d'abandon. Néanmoins Dimidjian et collaborateurs (2016) ainsi que Goodman et collaborateurs (2014) révèlent tout de même que, malgré les impératifs du quotidien, les femmes recherchent une approche non pharmacologique et sont prêtes à s'engager pleinement dans celle-ci. Shulman et collaborateurs (2018), affirment que la MBCT ouvre un nouveau panel de choix de traitement pour les mères en période périnatale ne voulant prendre aucune médication, ce qui la rend intéressante pour le service de santé publique. De plus, elle permet de favoriser l'autonomie de chaque femme sur le choix du traitement et le contrôle de celui-ci (Shulman et al., 2018).

A travers les affirmations mentionnées par les auteurs, on peut constater une adhésion de la méthode MBCT par les participantes. Elle dépend toutefois de certains

facteurs tels que le temps à disposition, le format, ainsi que la motivation des femmes enceintes à la pratiquer.

6.2.12. Effet prophylactique de la pleine conscience en intervention unique pour l'anxiété et/ou la dépression

Sur la population générale

Seules deux études évaluent l'effet de la méthode MBCT sur une population dépourvue de risque. Dans le cas de Woolhouse et collaborateurs (2014), les données quantitatives du groupe randomisé contrôlé révèlent une amélioration significative de l'anxiété entre le début et la fin de l'étude. L'évaluation du score de pleine conscience grâce au FFMQ révèle que deux des cinq critères se sont améliorés significativement dans le groupe d'intervention. Ces points n'ont par contre vu aucune amélioration dans le groupe contrôle. Les résultats des scores de dépression n'ont pas démontré d'amélioration significative pour les deux groupes. Malgré les résultats positifs de l'étude, il faut les considérer avec prudence du fait que l'échantillonnage a été plutôt faible. Du point de vue de l'analyse qualitative, seuls quatre entretiens individuels ont été réalisés ce qui ne permet pas de récolter des données significatives pour l'étude. Cependant, chacune des participantes aux interviews s'accordent à souligner les bénéfices de la pleine conscience (Woolhouse et al., 2014). La deuxième étude qui permet une analyse de l'effet prophylactique de la pleine conscience sur la population générale est celle de Krusche et collaborateurs (2018). Elle a choisi d'amener cette pratique par un format en ligne pour une population non ciblée. Entre T0 (avant l'intervention) et T1 (après l'intervention), les auteurs ont relevé une diminution significative de l'anxiété pour les deux groupes avec un résultat significatif pour le groupe expérimental ainsi que pour le groupe sur liste d'attente. L'évaluation de la dépression, quant à elle, démontre une diminution significative pour le groupe expérimental contrairement au groupe sur liste d'attente. Cependant, les auteurs émettent la limite de la faible quantité de données récoltées au cours de la période postnatale, ce qui n'a permis entre T1 et T2 (huit semaines post-partum) que l'analyse du stress perçu. Les résultats de l'étude démontrent une diminution significative de ce dernier pour les deux groupes. Dans le cadre de ces deux études, nous pouvons énoncer que les résultats obtenus grâce à la pleine conscience sur la dépression et l'anxiété périnatales sont significatifs malgré la retenue émise par les auteurs quant au nombre de participantes.

Sur la population à risques

Une seule étude a choisi de déterminer l'effet prophylactique de la méthode MBCT en intervention unique sur une population à risque (avec antécédent de dépression périnatale). C'est celle de Dimidjian et collaborateurs (2016), dans laquelle un groupe expérimental bénéficiant de l'intervention MBCT-PD en traitement unique est comparé à un groupe contrôle bénéficiant d'un traitement allopathique. Après l'analyse de cette étude, il est relevé que la méthode MBCT-PD utilisée dans le groupe d'intervention présente un effet prophylactique significatif par rapport au groupe TAU sur toute la durée de l'étude. Malgré la possibilité qui a été offerte aux différents groupes de recourir à des traitements pharmacologiques ou psychothérapeutiques, les données récoltées sont restées significatives selon les auteurs car le taux de participantes y ayant recouru dans chaque groupe était équitable et donc considéré comme nul. Les taux de rechute étaient quant à eux estimés à 18,4% pour MBCT-PD contre 50,2% pour TAU. Le ratio de risques a indiqué que le taux de rechute pour MBCT-PD était de 74% de moins que pour TAU pendant toute la période de l'étude. D'après les résultats mentionnés ci-dessus, les scientifiques constatent que l'objectif de l'étude, à savoir d'évaluer l'efficacité d'un traitement prophylactique par MBCT-PD pour la dépression en rapport à un groupe TAU est atteint. Cependant, il est à considérer avec prudence puisque la perte de participantes en diminue la légitimité. De plus, les auteurs évoquent plusieurs limites à leur recherche. D'une part, les évaluations ont été faites à certains moments de l'étude et peuvent ne pas être représentatives de l'état psychique général de chacune des participantes. D'autre part, cet article ne peut être appliqué à une population générale et n'est donc valable que pour cette population à risques (Dimidjian et al., 2016).

6.2.13. Effet prophylactique de la MBCT en traitement adjuvant pour l'anxiété et/ou la dépression

Sur la population à risques

Deux de nos cinq articles ont choisi d'évaluer la MBCT adjointe à un traitement allopathique déjà instauré chez des femmes atteintes de troubles psychiatriques tels que la dépression ou le trouble anxieux généralisé. Il s'agit des études de Shulman et collaborateurs (2018) et de Goodman et collaborateurs (2014). Dans le premier article (Shulman et al., 2018), les auteurs constatent une diminution significative du niveau de dépression dans le groupe d'intervention MBCT entre la première et quatrième semaine.

Le même constat est présent entre la quatrième semaine et la huitième. Cependant, la diminution n'est pas significative entre la huitième semaine et la dernière évaluation à trois mois post intervention. Après l'analyse des données entre la première et la dernière évaluation, il semblerait que le taux de dépression ait chuté de manière significative pour le groupe expérimental, cependant, si nous le comparons au groupe contrôle, force est de constater que la différence n'est pas significative. Il en va de même quant à l'anxiété.

L'étude de Goodman et collaborateurs (2014) trouve sa place plus difficilement dans les chapitres créés ci-dessus. En effet, leur intervention MBCT était destinée à un groupe de participantes atteintes d'un trouble généralisé de l'anxiété ou d'un trouble dépressif majeur. Avant le début de l'étude, certaines femmes recevaient un traitement allopathique ou psychothérapeutique, dont la stabilité a été évaluée en début d'étude grâce à des critères très précis. Ainsi, la MBCT peut être considérée dans l'étude comme un adjuvant à une thérapie déjà mise en place. Cependant, en plus d'un traitement déjà présent, certaines participantes présentaient des comorbidités psychiatriques telles que des phobies ou un syndrome de stress post-traumatique, ce qui rend l'analyse de l'efficacité de la MBCT complexe. En effet, son possible effet prophylactique est analysé sur un groupe très hétérogène, ce qui peut rendre les résultats présentés par la suite moins légitimes. Malgré cette limite, l'analyse des auteurs quant aux divers outils de mesure révèle une amélioration statistiquement significative des scores de l'anxiété et de la dépression ainsi qu'une augmentation tout aussi significative des scores de l'échelle de pleine conscience et de l'auto-compassion. Bien qu'il n'y ait pas eu de corrélation des résultats entre la pleine conscience et l'anxiété ou la dépression en début d'étude, les résultats montrent une corrélation statistiquement significative entre la pleine conscience et la dépression au cours de la septième semaine d'intervention. Une concordance des résultats entre l'anxiété et la pleine conscience est également présente de manière significative lors de l'évaluation en post-intervention. Les auteurs constatent également une régression des troubles psychiatriques chez la plupart des participantes. En effet, seule une des dix-sept participantes entrant dans les critères du trouble anxieux généralisé y reste en fin d'étude. De même, les deux participantes présentant un trouble dépressif majeur, n'entraient plus non plus dans les critères. De plus, les auteurs constatent un ajout de bienfaits thérapeutiques mis en évidence par les participantes en plus des critères recherchés par l'intervention. La MBCT n'a cependant pas eu d'influence sur les comorbidités des participantes. Grâce à toutes ces données, les

scientifiques s'accordent à dire que l'intervention CALM Pregnancy semble efficace sur la dépression tout comme sur l'anxiété. Cependant, les auteurs reconnaissent que cette étude peut manquer de pouvoir statistique, compte tenu qu'aucune comparaison avec un groupe contrôle n'est effectuée et que l'échantillonnage est faible. De plus il est possible que certains biais apparaissent, notamment dus au fait que les résultats peuvent être confondus avec les effets des traitements pharmacologiques et/ou psychothérapeutiques de certaines patientes. Par contre, les auteurs s'accordent à dire que l'aspect qualitatif de l'étude permet d'amener une dimension et une profondeur enrichissante à l'aspect quantitatif.

6.2.14. Pratique de la pleine conscience à domicile

La MBCT est présentée dans chaque étude à l'aide de sessions de cours (en ligne ou en face à face), durant lesquelles les participantes expérimentent des exercices de pratiques dites formelles et informelles. La pratique formelle est composée de méditations (assise, de la marche), du body scan, etc., alors que la pratique informelle regroupe « les 3 minutes pour la respiration » et la pleine conscience dans les activités du quotidien, etc (Dimidjian et al., 2016; Goodman et al., 2014; Krusche et al., 2018; Shulman et al., 2018; Woolhouse et al., 2014).

Seules certaines études recommandent une pratique à domicile en plus des sessions suivies en groupe. C'est le cas dans l'article de Dimidjian et collaborateurs (2016), où les auteurs promeuvent à travers les séances des exercices à pratiquer à la maison. À travers leurs résultats, ils ont démontré que les exercices de pratiques informelles étaient réalisés plus fréquemment par rapport à la pratique formelle. Woolhouse et collaborateurs (2014) recommandent également la pratique formelle et informelle à domicile. Leur analyse démontre que les femmes ont pratiqué trois à quatre fois par semaine de la pleine conscience formelle et 55% ont annoncé pratiquer au moins quatre fois par semaine de la pleine conscience informelle. Finalement dans l'article de Goodman et collaborateurs (2014), les auteurs ont encouragé une pratique de 30 à 40 minutes par jour de pratique formelle et informelle à domicile. Parmi leurs résultats, l'exercice des « 3 minutes pour la respiration » a été réalisé 12,3 fois par semaine et la méditation formelle a été pratiquée en moyenne 4,12 fois sur les 6 jours de la semaine recommandés. En conclusion, la pratique à domicile est recommandée dans trois de nos articles, par contre Shulman et collaborateurs (2018) ainsi que Krusche et

collaborateurs (2018) ne l'évoquent pas spécifiquement. Pourtant, que la pratique de la MBCT à domicile soit recommandée ou non, aucune de nos études ne l'aborde de la même manière en termes d'investissement personnel (durée, fréquence, etc.) De plus, les auteurs n'apportent que peu de précisions concernant le type d'exercices à pratiquer.

6.2.15. Effets et issues en post-partum après une intervention de pleine conscience

De manière générale, peu de données ont pu être récoltées au niveau du suivi post-natal. C'est une des limites de plusieurs articles selon les auteurs (Dimidjian et al., 2016; Krusche et al., 2018; Shulman et al., 2018). Cependant, dans l'étude de Dimidjian et collaborateurs (2016), les auteurs notent une différence significative dans le temps de rechute de la dépression entre le groupe contrôle et le groupe expérimental. Il en va de même concernant la sévérité des symptômes de la dépression. Il est souligné que dans le groupe expérimental, cette dernière diminue significativement en post-intervention alors qu'une augmentation significative de la gravité des symptômes est à noter pour le groupe contrôle. Concernant l'effet protecteur de la MBCT-PD à propos du développement de l'enfant et l'effet à plus long terme, rien n'a pu être prouvé.

Dans le cadre de l'étude de Shulman et collaborateurs (2018), l'intervention se déroule dans la période du post-partum. Sur les quatorze participantes du groupe MBCT, seules dix ont complété les mesures réalisées à trois mois post-intervention ainsi que deux personnes du groupe contrôle. Dans le cadre de l'étude longitudinale, seules les dix participantes du groupe MBCT ont été incluses. Trois mois après l'intervention, les auteurs ne peuvent prouver un bénéfice significatif de l'intervention, notamment pour l'anxiété. L'effet de la MBCT ne semblait pas maintenu sur le long terme. Bien qu'entre la première et la huitième semaine, les scores aient diminué significativement, ils ont légèrement réaugmenté à trois mois post-intervention, avec une différence cependant non significative entre les deux temps de mesure. Il en va de même pour la dépression qui ne connaît pas de différence significative entre l'évaluation de la quatrième semaine et celle de la huitième ainsi que de la huitième à trois mois post-intervention malgré une diminution significative entre la première et la quatrième semaine d'étude.

Concernant les trois dernières études : celle de Krusche et collaborateurs (2018) ne contient pas assez de données pour le suivi post-natal dû au taux d'abandon élevé des participantes ; Goodman et collaborateurs (2014) n'ont pas collecté de données

durant la période du post-partum, mais ont créé une nouvelle étude par la suite, pour en analyser en profondeur les effets de CALM Pregnancy sur le même échantillonnage que la première étude ; Woolhouse et collaborateurs (2014) ont décidé de ne récolter que des données en début et fin d'intervention mais n'ont pas choisi de faire cette étude de manière longitudinale.

De manière générale, les auteurs de notre revue de littérature ont peu de résultats quant aux bénéfices de la MBCT en post-partum. En effet, ils ont signalé avoir besoin d'études supplémentaires pour en prouver les bienfaits sur le long terme (Dimidjian et al., 2016; Goodman et al., 2014; Krusche et al., 2018; Shulman et al., 2018 ; Woolhouse et al., 2014). Dans la prochaine partie, nous examinerons les résultats des articles que nous avons analysé avec ceux d'autres études de la littérature scientifique ainsi qu'avec les données présentes dans le cadre théorique afin d'en évaluer la légitimité.

7. Discussion

7.1. Faisabilité de l'intervention pleine conscience

La thérapie par la MBCT est relativement jeune, en effet elle fût créée et mise en place pour la première fois en 2002 par Segal et collaborateurs. Dès lors, de plus en plus de thérapeutes et de scientifiques s'y sont intéressés et ont créé des études pour en définir l'efficacité sur plusieurs types de populations. Il y a moins de dix ans, la MBCT a commencé à entrer dans le monde obstétrical dans le cadre de la prévention de la dépression et de l'anxiété. Un certain nombre d'études ont depuis vu le jour pour en prouver les bénéfices dans le domaine de la périnatalité. Cependant, la réalisation de celles-ci demande encore à être perfectionnée. En effet, l'étude de Lever Taylor et collaborateurs (2016) exprime la nécessité de mettre en place des études randomisées contrôlées de haute qualité, dans le but d'apporter plus de valeur à l'approche MBCT. Ceci implique notamment un échantillonnage plus important. En effet, toutes les études que nous avons parcourues émettent une réserve quant à la valeur des résultats obtenus, compte tenu du nombre de participantes restreint (Dimidjian et al., 2016; Goodman et al., 2014; Krusche et al., 2018; Shulman et al., 2018; Woolhouse et al., 2014). De plus, la problématique perçue au niveau de l'échantillonnage d'une étude ne vient pas seulement de sa taille mais également de la façon dont il est sélectionné. Lorsque nous nous penchons sur chacun de nos articles, il est clair que les populations

présentent des caractéristiques similaires telles que l'ethnie, l'âge, la parité, le niveau socio-économique et d'études (Dimidjian et al., 2016; Goodman et al., 2014; Krusche et al., 2018; Shulman et al., 2018; Woolhouse et al., 2014). Cette problématique est également soulevée dans la méta-analyse « The effectiveness of mindfulness-based interventions in the perinatal period : a systematic review and meta-analysis » (Lever Taylor et al., 2016), qui préconise des échantillons plus diversifiés et représentatifs d'une population générale. Miklowitz et collaborateurs (2015) ont cependant analysé les effets de la pleine conscience sur une population plus défavorisée. Bien qu'ils n'aient pas analysé la méthode MBCT en particulier, leur choix de population est encourageant pour l'avenir de la recherche dans ce domaine.

Il est important selon nous de parler de coût et de rentabilité à long terme de la méthode MBCT. En effet, cette pratique nécessite de toute évidence un investissement dans son élaboration. Cependant en regard des facteurs de risques et du taux de dépression, les rapports coûts-bénéfices de l'utilisation de la méthode MBCT seraient rentables pour la prévention de la dépression (Ma & Teasdale, 2004 cités par Shulman et al., 2018). Malgré cela, les approches alternatives à la prise en charge de la dépression restent encore peu développées dans tous les systèmes de santé, ce qui ne permet pas aux femmes de se diriger vers une option préférentielle. Elles n'ont donc pas d'autre possibilité que de se tourner vers la médecine traditionnelle (Dimidjian & Goodman, 2014). Notre rôle de sage-femme nous incite à une adaptation constante aux besoins et préférences des couples à travers toutes les problématiques de santé, notamment celle de la dépression. C'est pourquoi, il nous semble important de pouvoir proposer aux patientes de nouvelles méthodes leur permettant de faire face aux difficultés rencontrées lors de leur parcours en périnatalité, d'autant plus qu'il est observé dans l'étude de Cohen et collaborateurs en 2006 cités par Dimidjian et collaborateurs (2016), qu'un risque de récurrence de dépression est présent chez 24% des femmes maintenant leur traitement pharmacologique pendant la grossesse. En effet, malgré le fait que le traitement médicamenteux, notamment par ISRS, empêche l'expression de la dépression majeure postnatale, la vulnérabilité reste présente après l'arrêt du traitement (Wisner et al., 2004 cités par Dimidjian et al., 2016). Néanmoins, Lever Taylor et collaborateurs (2016) révèlent que l'analyse statistique des différentes études sur la pleine conscience ne démontre pas de preuves probantes quant à son efficacité, et ce, par le fait que la

méthodologie des études n'est pas suffisamment solide. Ainsi, ils estiment que l'établissement de ces interventions dans un milieu clinique n'est pas encore légitime.

7.2. Acceptabilité de l'intervention pleine conscience

Nous avons observé que l'acceptabilité de la méthode MBCT dépend de plusieurs facteurs tels que la population ciblée, le format de l'intervention ainsi que l'engagement personnel dans celle-ci. Plusieurs formats de présentation de pleine conscience ont été examinés à travers les articles que nous avons sélectionnés pour notre recherche. Lors de son élaboration, la méthode MBCT fût conçue sous un format de huit séances de deux heures amenant des exercices de pleine conscience formelle et informelle décrits dans le cadre théorique (Segal et al., 2002). Nos articles se basent également sur cette structure (Dimidjian et al., 2016; Goodman et al., 2014; Krusche et al., 2018; Shulman et al., 2018; Woolhouse et al., 2014). En revanche, toutes les interventions ne sont pas amenées de la même façon puisque certaines privilégient l'utilisation du web (Krusche et al., 2018) alors que d'autres favorisent le face à face (Dimidjian et al., 2016; Goodman et al., 2014; Shulman et al., 2018; Woolhouse et al., 2014). Dans plusieurs études (van Ballegooijen et al., 2014; Karyotaki et al., 2015 cités par Krusche et al., 2018), un taux d'abandon des interventions en ligne a été observé. Bien que dans l'étude de Dimidjian et collaborateurs (2014) cités par Krusche et collaborateurs (2018), l'intervention en face-à-face révèle un taux de participation de 86%, cette affirmation est remise en cause une année plus tard dans l'étude Dimidjian et collaborateurs (2015). Les auteurs ont effectivement observé que certains facteurs, notamment la distance et le temps, étaient vecteurs d'abandon de l'étude et ont donc proposé d'évaluer la faisabilité et l'acceptabilité à travers de nouveaux modèles basés sur le Web et/ou le téléphone. L'engagement à la pratique de la pleine conscience vient d'une part des facteurs mentionnés ci-dessus mais également de la façon dont elle est amenée par l'intervenant. En effet, l'institut de médecine des États-Unis a affirmé en 2009 que l'intervenant a une place importante dans l'adhésion au long terme de la pleine conscience (Dimidjian et al., 2015). À travers l'analyse des résultats, l'engagement diffère également selon le type de population qui participe à l'intervention. En effet, nous avons remarqué que les populations à risques de dépression ou de récurrence étaient plus impliquées dans la participation aux séances ainsi que dans la pratique à domicile (Dimidjian et al., 2015). Néanmoins, des études ciblant une population à risques se sont aperçues d'un intérêt

marqué venant des femmes sans antécédent dépressif, ce qui les amène à penser qu'un intérêt pour la pratique de la pleine conscience pendant la grossesse est en plein essor (Bardacke, 2012; Duncan et al., 2009; Dunn et al., 2012; Vieten & Astin, 2008 cités par Dimidjian et al., 2015). Quelle que soit la population ciblée (à risques ou non), Duncan (2010) et Fischer (2012) cités par Gendre et Roy Malis (2016) révèlent que l'utilisation des pratiques de pleine conscience favorise l'autonomie des femmes pratiquant cette méthode quant à la gestion de leur grossesse, accouchement et post-partum. Cette autonomie est également présente quant au choix de traitement que les femmes désirent prendre. En effet, la méthode MBCT leur permet non seulement d'être actrices de leur propre santé mais également de se tourner vers d'autres alternatives si besoin (Dimidjian et al., 2016; Goodman et al., 2014; Shulman et al., 2018).

Ainsi, différents facteurs entrent en compte pour favoriser l'engagement des femmes à cette approche. Cependant, les auteurs n'arrivent à aucune conclusion quant à un choix de format (web VS sessions face à face) permettant aux femmes d'adopter cette pratique dans leur quotidien. De ce fait, il nous semble important de trouver des stratégies permettant aux femmes une pratique de la pleine conscience adaptée à leur rythme de vie. Pour cela, de nouvelles études devraient examiner les préférences des femmes (Kwan et al., 2010 cités par Dimidjian & Goodman, 2014).

7.3. Effet prophylactique de la pleine conscience pour l'anxiété et/ou la dépression

Les résultats de nos études ont montré des irrégularités quant à l'effet prophylactique de la pleine conscience par rapport à l'anxiété et la dépression. Les études de Dimidjian et collaborateurs (2016), Krusche et collaborateurs (2018) ainsi que Woolhouse et collaborateurs (2014) relèvent que l'utilisation prophylactique de la pleine conscience a un effet significatif sur le risque de dépression périnatale. Le groupe randomisé de l'étude de Woolhouse et collaborateurs (2014), montre quant à lui, une amélioration significative du taux d'anxiété chez une population générale. Cette amélioration est également relevée dans l'étude de Goodman et collaborateurs (2014) alors que la population est cette fois atteinte d'un trouble généralisé de l'anxiété. Comme mentionné par Yazdanimehr et collaborateurs (2016), la dépression et l'anxiété sont des affections comorbides. Il affirme que l'efficacité des traitements peut être améliorée en adoptant des stratégies de soins ayant un effet sur chacun des deux troubles. Malgré les

affirmations de Yazdanimehr et collaborateurs (2016) on observe tout de même que l'efficacité de l'effet prophylactique de la pleine conscience n'est pas égale s'il s'agit d'une population à risques ou non. En effet, il est relevé dans plusieurs sources de littérature scientifique que l'effet prophylactique de la pleine conscience est souvent corrélé à des groupes de femmes à risques et/ou femmes ayant un antécédent de dépression (Le et al., 2011; Tandon et al., 2011; Zlotnick et al., 2006, cités par Dimidjian et al., 2015; Dunn, Hanieh, Roberts & Powrie, 2012). Dimidjian et collaborateurs affirment également en 2015 que l'utilisation de la MBCT est principalement efficace lorsqu'il s'agit de la prévention de rechutes dépressives, c'est d'ailleurs dans ce but qu'elle a été élaborée par Segal et collaborateurs en 2002. Ce déséquilibre quant à l'efficacité selon le type de population est notamment relevé dans l'étude de Woolhouse et collaborateurs en 2014, où l'effet prophylactique sur l'anxiété est présent dans chacun des groupes, alors que l'effet sur la dépression n'est présent que pour le groupe non randomisé, c'est-à-dire, celui à risques. Malgré tout, ces affirmations ne sont pas irrévocables. Krusche et collaborateurs (2018) démontrent des résultats significatifs quant à l'efficacité de l'intervention sur une population non à risques de dépression ni de rechute.

Cependant, des interrogations subsistent quant à l'effet prophylactique de la pleine conscience. En effet, celui-ci peut être nuancé par le fait que l'atténuation des symptômes peut être due au facteur temps et/ou à l'utilisation d'un traitement supplémentaire et non à l'intervention en elle-même (Lever Taylor et al., 2016). Cette limite est retrouvée dans l'étude de Goodman et collaborateurs (2014) qui s'interrogent sur l'effet véridique de la pleine conscience lorsqu'elle est associée à différents traitements. Yazdanimehr et collaborateurs (2016) affirment tout de même que les preuves montrent que l'intégration de l'approche de la pleine conscience à d'autres méthodes telles que la thérapie cognitivo-comportementale apporte des résultats plus significatifs comparés à l'utilisation d'une thérapie unique.

D'après les résultats obtenus dans les études susmentionnées, l'effet prophylactique de la pleine conscience est avéré. Il reste néanmoins peu évalué et nécessite des recherches supplémentaires, notamment dans le but de mieux connaître les mécanismes de la pleine conscience permettant de diminuer et de prévenir un trouble dépressif. En effet, Yazdanimehr et collaborateurs (2016) affirment que la pleine conscience a une action sur le cortex préfrontal, là où sont effectuées la plupart des

fonctions exécutives. Celles-ci sont utilisées dans le but de s'autoréguler, et de réduire la détresse. Cependant, la problématique du trouble dépressif est qu'une détresse est présente due à un accès limité à ces fonctions. De plus, Dimidjian et collaborateurs affirment en 2015 que la MBCT a non seulement un impact au niveau cérébral mais également au niveau psychique. En effet, l'efficacité de la pleine conscience se traduit par un apprentissage de prise de conscience des pensées et sentiments négatifs afin de réagir avec habileté à ces états dans le but de sortir d'un cycle de rumination automatique (Dimidjian et al., 2015). Cette aptitude est évaluée selon plusieurs critères bien définis tels que « la bienveillance, l'ouverture à ce qui est, le non-jugement, la patience, l'esprit du débutant, le non-effort, l'acceptation, la confiance et le lâcher prise à vouloir résoudre, changer ou améliorer ou être ailleurs à cet instant » (Gendre & Roy Malis, 2016, p.48). Tous ces critères sont peu évalués quant à leurs actions permettant de combattre la dépression et l'anxiété. L'efficacité de la pleine conscience n'est donc pas totalement comprise et nécessite de futures recherches, notamment sur ses mécanismes d'action. Ceux-ci permettraient de combattre la rumination (Michalak, Holz & Teismann, 2011; Shahar, Britton, Sbarra, Figueredo & Bootzin, 2010 cités par Dimidjian et al., (2016) et les attitudes d'auto critique envers soi-même qui semblent jouer un rôle important dans la survenue de dépression périnatale (Barnum, Woody & Gibb, 2013; O'Mahen, Flynn & Nolen-Hoeksema, 2010; Sockol, Epperson & Barber, 2014 cités par Dimidjian et al., 2016). En conclusion, l'utilisation de la pleine conscience et notamment la méthode MBCT a un effet prophylactique sur la prévention de l'anxiété et de la dépression, cependant la globalité de son effet reste à approfondir. C'est pourquoi, Dimidjian et collaborateurs (2016), recommandent d'évaluer plus précisément les mécanismes de la MBCT et leurs effets réels sur la dépression et l'anxiété.

7.4. Importance de la pratique de la pleine conscience à domicile

La pleine conscience en thérapie cognitive définit la pratique à domicile formelle et informelle comme un apprentissage entre les sessions données, afin de développer des habiletés et un entraînement à faire face à des pensées et expériences physiques négatives (Kabat-Zinn 1999; Segal, Williams, & Teasdale, 2012 cités par Parsons, Crane, Parsons, Fjorback & Kuyken, 2017). Afin de bénéficier des meilleurs effets de cette méthode, Segal, Williams et Teasdale préconisent en 2013 une pratique régulière

et rigoureuse à hauteur de quarante-cinq minutes par jour, six jours par semaines (Parsons et al., 2017).

Dans la méta-analyse de Lever Taylor et collaborateurs (2016), il est également fortement encouragé de pratiquer fréquemment afin d'en récolter tous les bénéfices thérapeutiques. Selon eux, c'est grâce à cette pratique que l'augmentation des capacités de pleine conscience a un impact sur les problématiques psychiques. De plus, Parsons et collaborateurs (2017) prouvent à travers l'analyse de vingt-huit études que la pratique à domicile est corrélée aux issues de l'intervention non seulement au niveau psychologique mais également physique. Malgré les recommandations et les preuves de l'effet bénéfique de la pratique de la pleine conscience à domicile, il n'est pas aisé de l'appliquer. En effet, on observe dans les résultats de nos articles que la pratique à domicile de la pleine conscience s'évalue plutôt à hauteur de trois à quatre fois par semaine (Dimidjian et al., 2016; Goodman et al., 2014 ; Woolhouse et al., 2014), cependant aucune notion de temps n'a été évaluée. Parsons et collaborateurs (2017), dans leur méta-analyse et revue systématique, ont analysé l'adhésion de la pratique à domicile de plusieurs études qui recommandent une pratique quotidienne de quarante-cinq minutes et ont soulevé que les participant-e-s ne s'adonnent en moyenne qu'à vingt-neuf minutes de pratique par jour. L'adhésion à la pratique à domicile n'a selon eux pas de rapport significatif avec le type de population choisi (à risques ou non), ou le design.

Par contre, celle-ci dépend de plusieurs facteurs tels que la personnalité de chacun (Parsons et al., 2017) la motivation au changement (Helbig & Fehm, 2004 cités par Parsons et al., 2017), les compétences de l'enseignant ainsi que le format de pratique à domicile proposé (Weck, Richtberg, Esch, Höfling, & Stangier, 2013 cités par Parsons et al., 2017). A travers nos études (Dimidjian et al., 2016; Goodman et al., 2014; Krusche et al., 2018; Shulman et al., 2018; Woolhouse et al., 2014), nous nous sommes rendu compte que la pratique à domicile est peu détaillée concernant le format et les exercices pratiqués, c'est pourquoi nous ne pouvons pas en dire plus à ce sujet. Il en va de même pour les formats d'évaluation de cette pratique. Parsons et collaborateurs (2017) ont par ailleurs souligné que peu d'études fournissent de détails concernant les formulaires d'évaluation remplis par les participant-e-s. À ce jour, il existe différents formats de collecte de données tels que des journaux papier, journaux intimes, calendriers ou formulaires (Parsons et al., 2017), des logins électroniques (Gross et al., 2011 cités par Parsons et al., 2017) ou des appels téléphoniques hebdomadaires au

moniteur de cours (Jazaieri, Goldin, Werner, Ziv & Gross 2012 cités par Parsons et al., 2017). Cependant, la grande variété de ces formats ne permet pas d'obtenir des résultats homogènes, c'est pourquoi Parsons et collaborateurs (2017) proposent d'établir un formulaire standard de comptes rendus des pratiques à domicile afin d'améliorer la cohérence des résultats. Ils proposent notamment la création d'une application pour smartphone qui permettrait d'enregistrer les pratiques informelles en temps réel.

Pour conclure, l'adhésion à la pratique à domicile dépend de plusieurs facteurs, entre autre la motivation, le temps, et le format proposé. A ce jour, il est prouvé que la pratique à domicile est corrélée aux impacts de l'intervention MBCT tant au niveau psychologique que physique. Cependant, il est difficile d'adapter le temps de pratique préconisé au mode de vie de chacun, d'autant plus en période de périnatalité (Dimidjian et al., 2015). Cette affirmation est renforcée par Luberto, Park & Goodman (2018) qui remarquent également que les taux de pratique à domicile diminuent dans la période du post-partum. Ainsi, il serait important que les études futures analysent en détail les pratiques à domicile afin de mettre en avant les effets bénéfiques de manière plus approfondie et de proposer des formats de pratique et d'évaluation plus adéquats, notamment pour la période pré et postnatale (Dimidjian et al., 2015).

7.5. Effets et issues à long terme après une intervention de pleine conscience

L'évaluation des effets de la MBCT à long terme est décrite dans diverses études, notamment à travers son effet prophylactique sur les troubles de l'anxiété et la dépression. Cependant, dans les études choisies pour notre travail de recherche, aucune n'émet de conclusion quant aux effets que pourrait apporter la pleine conscience à long terme (Dimidjian et al., 2016; Goodman et al., 2014; Krusche et al., 2018; Shulman et al., 2018; Woolhouse et al., 2014). Pourtant, dans la littérature scientifique, on constate quelques résultats encourageants, notamment dans l'étude de Miklowitz et collaborateurs (2015) qui citent Piet et Hougaard (2011). Ces derniers affirment que la MBCT est associée à une diminution du risque relatif de rechute dépressive de 34% sur une moyenne de quatorze mois, dans un échantillonnage composé d'hommes et de femmes en rémission d'un trouble dépressif majeur récurrent. Les résultats de leur méta-analyse démontrent également une réduction du risque relatif 43% chez les participants ayant eu au moins trois épisodes dépressifs ou plus (Piet & Hougaard, 2011 cités par

Miklowitz et al., 2015). Dimidjian et collaborateurs (2014), quant à eux, démontrent un taux de rechute dépressive de 18% six mois après l'intervention MBCT dans une population à risques. Celui-ci est comparable aux résultats relevés par Miklowitz et collaborateurs (2015) qui observent un taux de 21.9% après six mois. Dans l'étude de Luberto et collaborateurs (2017), reprenant le même échantillonnage que celle de Goodman et collaborateurs (2014) et évaluant l'efficacité de la pleine conscience à long terme, les résultats obtenus révèlent que chaque score mesuré, est en dessous du seuil clinique. Par ce fait, ils appuient et complètent les études de Dimidjian et collaborateurs (2015; 2016) qui ont établi que la pratique de la MBCT durant la grossesse permet de maintenir les progrès dans la réduction des symptômes dépressifs ainsi que de diminuer significativement le taux de rechute dépressive durant les six premiers mois du post-partum.

Les recherches menées à propos de la prévention de la dépression à long terme démontrent des résultats positifs. Cependant, diverses hypothèses sont encore à affirmer à travers des études longitudinales concernant les bénéfices de la pleine conscience. En effet, il existe peu de connaissances à ce jour quant au fonctionnement des mécanismes de la pleine conscience sur le cerveau et la psyché (Yazdanimehr et al., 2016). Une hypothèse émise par O'Connor et collaborateurs (2013) cités par Dimidjian et collaborateurs en 2015, présume que l'utilisation de la pleine conscience chez les mères pourrait être bénéfique au développement de leur enfant. Celle-ci empêcherait les circuits cognitifs de la dépression, tels que la rumination et l'auto-jugement, de se développer et diminuerait le taux d'hormones du stress. De plus, les auteurs affirment que la pratique de la pleine conscience en période prénatale diminuerait le risque de DPN, ce qui permettrait aux femmes d'être plus réceptives aux besoins de leur enfant. De leur côté, Lever Taylor et collaborateurs (2016) dans leur méta-analyse, mettent en avant le lien possible entre la pleine conscience et le développement de la parentalité, cependant aucune étude n'a encore pu prouver cette corrélation, ce qui nécessite de nouvelles recherches intégrant ce sujet en leur centre. Finalement, il serait intéressant selon nous de mener de nouvelles études permettant d'évaluer les effets de la pleine conscience non seulement sur les mois de post-partum à venir mais également lors d'une future grossesse.

8. Retour dans la pratique

Lors de ce travail de recherche, l'efficacité de la pleine conscience a été analysée sous plusieurs angles dans le cadre de la prévention de la dépression périnatale. Dès lors, les paragraphes suivants vont mettre en évidence la pratique de cette approche dans le contexte périnatal actuel et apporter de nouvelles perspectives pour celle à venir.

8.1. La pleine conscience à Genève

La pleine conscience est apparue il y a peu, dans le domaine de la santé à Genève. En effet, la formation universitaire « Interventions basées sur la pleine conscience » a été mise en place depuis 2014, pour tous les professionnels du domaine social, pédagogique et de la santé. Ce programme est dirigé par le Professeur Guido Bondolfi et Anne Gendre et a pour but d'enseigner l'utilisation et l'adaptation des outils de la pleine conscience, ainsi que l'application et l'animation de cette méthode dans tous les contextes professionnels indiqués ci-dessus (Gendre & Roy Malis, 2016; Université de Genève, 2019). Les Hôpitaux Universitaires de Genève proposent des cours de pleine conscience dans le département de psychiatrie depuis dix ans. Les cours sont basés sur trois types de pleine conscience : la pleine conscience pour la réduction du stress, la pleine conscience basée sur thérapie cognitive et la pleine conscience pour la gestion des troubles anxieux (Hôpitaux Universitaires de Genève, 2019). Ce programme de pleine conscience est encourageant quant à son application dans le domaine obstétrical en grande structure hospitalière, d'autant plus que des interventions de cette pratique sont déjà présentes dans le cadre de la périnatalité. Anne Gendre, enseignante à la Haute école de Santé Genève, a notamment mis en place en 2011, un projet qui associe la méthode de la pleine conscience et le domaine de la maternité à travers des cours de préparation à la naissance. Elle a instauré trois ou quatre cycles (selon la demande), contenant une première partie consacrée à la pleine conscience. Ces cours sont donnés à des femmes enceintes accompagnées ou non par leur conjoint-e et comportent six séances de trois heures (à hauteur d'une séance par semaine), d'une journée complète de sept heures et d'une séance organisée en post-partum. Cette partie de pleine conscience connaît un grand succès auprès des participant-e-s et des étudiant-e-s mais aussi envers d'autres enseignant-e-s qui se sont formées par la suite. Une étude qualitative menée par Françoise Roy Malis a d'ailleurs vu le jour à la suite de ce programme. Celle-ci avait pour but d'explorer l'expérience des femmes quant à

l'utilisation de cette méthode en période postnatale. Les résultats ont permis de mettre en avant les divers mécanismes favorisés par la pleine conscience dans le domaine de la psychologie (Gendre & Roy Malis, 2016).

Outre les différents programmes proposés à Genève pour une population générale, divers projets utilisant la pleine conscience ont vu le jour grâce à la filière sage-femme, mais aussi grâce aux sages-femmes indépendantes. Adrienne Adamastor, sage-femme indépendante détenant la formation de pleine conscience présentée en amont, a élaboré deux initiatives permettant de faire découvrir et d'apprendre la pratique de cette approche à des femmes enceintes. La première est construite sous forme de cours de préparation à la naissance, reprenant un modèle similaire à celui présenté par Anne Gendre, cependant celui-ci ne se déroule que sur quatre séances de deux heures. La deuxième initiative mise en place, se présente sous forme de rencontres hebdomadaires durant lesquelles les mamans ayant déjà pratiqué la pleine conscience se retrouvent pendant une heure, afin de pratiquer cette méthode et de discuter du rôle de parent. Toutes les séances sont divisées en deux parties, une première étant consacrée aux sujets liés au post-partum, choisis par les participants, la seconde étant dédiée à la pratique de la pleine conscience par une méditation focalisée sur la relation parents-enfant ou s'inspirant des thèmes abordés auparavant.

Associer la maternité à la pleine conscience est une proposition intéressante, néanmoins l'instauration de ces projets par les sages-femmes rencontre des difficultés, déjà évoquées dans notre analyse. Adrienne Adamastor explique qu'il subsiste un obstacle quant à l'adhésion des femmes enceintes et de leur conjoint-e-s dans ces divers projets. Les hypothèses quant aux causes du manque d'adhésion ressortant de notre discussion avec elle, seraient un déficit de la promotion de ces cours, un manque d'attractivité, une difficulté à trouver du temps libre et un problème économique. Dès lors, plusieurs propositions nous sont apparues dans le but de répondre aux hypothèses susmentionnées. Il est possible que le fait de promouvoir cette méthode par le biais de brochures papier, conduise à un manque de visibilité. Nous avons alors pensé que l'utilisation des outils tels que réseaux sociaux ou sites web pourraient apporter plus de répercussions et une meilleure visibilité de cette approche. Amener la pleine conscience à travers des cours de préparation à la naissance est une bonne proposition, cependant ils doivent être adaptés en terme de durée et de contexte, car les couples n'ont pas toujours la possibilité de se libérer pendant plusieurs heures ou de pratiquer durant une

longue période avec l'enfant qui arrive dans leur vie. De plus, le concept de la pleine conscience n'est pas toujours partagé par les deux entités du couple. Ainsi il faudra imaginer un format qui soit attrayant pour les deux futurs parents. Pour terminer, selon l'art. 14 Préparation à l'accouchement de la Loi sur les Prestations en cas de maternité du 1er janvier 2017, (OPAS, RO 2016 4933) « l'assurance prend en charge une contribution de 150 francs pour un cours individuel ou collectif de préparation à la naissance dispensé par une sage-femme ou une organisation de sages-femmes » (p.32). Dans la pratique, ceux-ci coûtent en moyenne deux cents francs lorsqu'ils sont donnés par une sage-femme indépendante, ce qui peut restreindre le choix des cours pour les couples.

Les résultats rapportés par nos articles peuvent s'accorder à la réalité de ce que les sages-femmes vivent à Genève. En effet, la faisabilité et l'acceptabilité des interventions de pleine conscience qu'elles proposent, ne sont pas toujours réalisables, cela s'exprime à travers une adhésion diminuée. Nous nous sommes également rendu compte, lors des cours de préparation à la naissance auxquels nous avons participé, que les femmes/couples avaient du mal à trouver du temps pour pratiquer cette méthode à la maison. Dans le but de promouvoir cette pratique à Genève, nous avons voulu entreprendre un projet à travers la réalisation d'une application décrite ci-dessous.

8.2. Perspective de retour dans la pratique

En tant qu'étudiantes sages-femmes et futures professionnelles de la santé nous avons imaginé notre propre projet, sous forme d'une application pour téléphone, qui découle de cette revue de littérature. La conception de celle-ci est décrite dans les paragraphes suivants.

Objectifs de l'application et population ciblée

Le premier but de cette application est de faire connaître la pleine conscience aux femmes enceintes et conjoint-e-s, ainsi que de promouvoir cette méthode dans le contexte de l'obstétrique. Les couples en période périnatale seraient la population principalement ciblée mais cette application pourrait également être destinée aux professionnels de la santé, tels que les sages-femmes ou tout intervenant concerné par la maternité ainsi qu'aux personnes portant de l'intérêt à cette approche. Dans un second temps, l'application sera développée afin de favoriser l'adhésion à la pratique sur le long

terme. Elle pourrait permettre de créer de nouvelles études scientifiques grâce aux données récoltées par celles-ci.

Description du format, de la langue utilisée et des lieux de distribution

Afin de rester en concordance avec l'hypothèse d'une meilleure promotion de la pleine conscience à travers le web soulevée dans les paragraphes ci-dessus, nous avons décidé de proposer une application promouvant la pratique de cette approche. La mise à jour de cette application devrait être faite régulièrement selon les avancées et résultats des nouvelles études scientifiques. La vérification de cette application devrait être soumise à un expert en la matière puis acceptée avant d'être mise en ligne. Les informations telles que les lieux de pratique et d'apprentissage de la pleine conscience seraient tout d'abord spécifiques au canton de Genève, mais pourrait s'étendre pas la suite aux différents cantons de Suisse. Enfin l'application serait disponible dans chaque langue nationale (français, allemand, italien ainsi que l'anglais).

Description du contenu

Quatre onglets de base composeraient cette application. Le premier expliquerait en quoi consiste la pleine conscience, son but et les trois types de programmes réalisés à travers elle. Leurs bienfaits ainsi que la pratique des différentes approches seraient décrits de manière détaillée selon les fondateurs de cette méthode et leurs ouvrages. Ces différents programmes seraient corrélés à la pratique de la pleine conscience en période périnatale, avec notamment des exercices centrés sur le bébé à venir. Le second onglet appuierait cette pratique par des résultats récents de la littérature scientifique quant à ses bénéfices tant en période prénatale qu'en période du post-partum. Dans un troisième onglet, l'application informerait ses détenteurs des différents lieux de pratique et d'apprentissage de cette méthode ainsi que des livres et liens de sites reconnus. Dans un dernier onglet, la description d'exercices de pleine conscience ainsi que des enregistrements audios pourraient être proposés en guise d'exemple de pratique.

A l'avenir, cette application pourrait servir de support pour les professionnels en établissant un espace membre auquel les participants aux cours pourraient se connecter. Ils y trouveraient les trames des cours en ligne ainsi que des exercices et des formulaires à remplir semaine après semaine qui feraient office de ligne de conduite pour leur pratique à domicile. Des trucs et astuces visant l'aménagement du temps au quotidien

seraient également disponibles dans les descriptions des exercices. Enfin, de nouvelles données pourraient être récoltées à travers les formulaires, afin d'élaborer des études à posteriori dans le but d'évaluer la fréquence et le type de pleine conscience pratiqués.

Dimension éthique

Dans son ensemble, l'application respecterait les quatre principes fondamentaux de l'éthique. Elle serait suffisamment détaillée afin de favoriser l'autonomie des personnes intéressées, notamment en leur permettant de faire des choix éclairés quant à leur prise en soins. La justice serait respectée par le fait que cette application soit accessible pour chacun, et gratuite. Enfin la bienfaisance et la non-malfaisance se retrouveraient à travers les exercices proposés par cette approche.

9. Forces et limites

Certaines forces et limites jalonnent cette revue de littérature. Une des forces réside dans le choix du sujet de cette revue, qui nous a semblé pertinent car d'actualité. L'augmentation importante de la dépression, les impacts conséquents sur la mère, le père et l'enfant ainsi que les difficultés de choix du traitement, suggèrent l'analyse de nouvelles approches telles que celle de la pleine conscience. Celle-ci permet d'apporter une ouverture sur les traitements non médicamenteux pendant la grossesse, ce qui est également une force. Les résultats obtenus sur des populations proches de celles de la Suisse représentent une force supplémentaire car ils sont transposables à un système de santé tel que le nôtre. En outre, notre expérience de l'approche de la pleine conscience nous a été utile à la compréhension des articles. Celle-ci nous a permis d'approfondir nos recherches sur le sujet et d'aborder cette méthode sous plusieurs aspects auxquels nous n'aurions peut-être pas pensé.

Cependant, nos compétences dans le domaine de la recherche ainsi que dans la compréhension de l'anglais ont pu apporter des limites à cette revue de littérature, notamment par des erreurs possibles dans l'analyse statistique ou une traduction erronée des articles. De plus, nous avons été limitées dans le choix de nos articles car peu correspondaient à nos critères de sélection. Cette restriction a conduit à un manque de diversité au niveau des échantillons et dans le type d'études qui étaient essentiellement des essais ou des études pilotes. C'est pourquoi, l'application des

preuves à une population générale est difficile. Sans contester des résultats globalement en faveur de l'efficacité de cette méthode sur la prévention du trouble dépressif, il est possible qu'un biais de confirmation soit présent. En effet, il est possible que les auteurs des articles sélectionnés et parcourus dans cette revue de littérature n'aient pas été totalement objectifs quant à l'efficacité de cette méthode en choisissant de mettre en avant plutôt les résultats positifs. De plus, bien que deux de nos articles aient un aspect qualitatif, celui-ci reste succinct et permet difficilement d'évaluer la satisfaction de la méthode MBCT dans son ensemble. Enfin, malgré l'attention avec laquelle nous avons choisi les études de notre travail, il reste des failles quant au respect de tous les principes éthiques.

10. Conclusion

Aujourd'hui, la dépression représente une problématique majeure dans la société. En 2017, plus de trois cents millions de personnes ont été touchées par un trouble dépressif, ce qui représente une augmentation de 18% par rapport à 2015 (OMS, 2019). Ces chiffres révèlent une croissance de ce trouble qui n'est pas sans conséquences. En effet, celles-ci sont nombreuses et impactent le quotidien des personnes qui en souffrent, notamment en les rendant moins attentives à leurs besoins, ou à la prise en charge de leur maladie. Dans la périnatalité, la dépression impacte non seulement la maman et le déroulement de sa grossesse mais également le développement du fœtus et de l'enfant. Elle a également un impact sur la création des liens mère-enfant, des liens conjugaux et familiaux.

La dépression est à ce jour principalement prise en charge à l'aide de traitements pharmacologiques ou psychothérapeutiques, cependant les études se contredisent quant à l'utilisation de médicaments antidépresseurs pendant la grossesse. Malgré un certain nombre de recherches, les scientifiques n'arrivent pas à se mettre d'accord au sujet de la potentielle tératogénicité de ces médicaments. De plus, un risque non négligeable de récurrence d'épisodes dépressifs existe malgré la prise d'un traitement allopathique pendant la grossesse. Quant au traitement psychothérapeutique, il est limité dans le temps et ne permet pas une rémission complète de la dépression, dès lors que la durée du traitement ne répond pas aux besoins des patientes.

Les traitements habituellement proposés comportent certaines limites, ainsi nous avons voulu approfondir une de leurs alternatives : la thérapie par la pleine conscience, principalement le programme Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) développé par Segal et collaborateurs en 2002. En effet, cette méthode consistant à porter son attention sur le moment présent sans porter de jugement aux émotions ressenties a démontré dans plusieurs études des résultats encourageants quant à la prévention du trouble dépressif. A travers notre revue de littérature, nous avons voulu étudier plusieurs aspects de la pleine conscience et notamment du programme MBCT. Il était intéressant pour nous de connaître l'effet de ce dernier sur la dépression périnatale et son effet à long terme ainsi que la faisabilité et l'acceptabilité des interventions de pleine conscience.

Pour cette revue de littérature, cinq articles ont été sélectionnés grâce à des mots-clés tels que « depression », « mindfulness-based cognitive therapy », « pregnancy » ou « postpartum » ainsi qu'à des critères d'inclusion et d'exclusion précis. L'analyse de ces études a mis en valeur des résultats intéressants. Selon cette revue de littérature (Dimidjian et al., 2016; Goodman et al., 2014; Krusche et al., 2018; Shulman et al., 2018; Woolhouse et al., 2014) l'adhésion aux interventions est relativement élevée malgré un échantillonnage faible, ce qui indique que de nouvelles techniques non pharmacologiques sont recherchées et adoptées par les femmes enceintes. La méthode de la MBCT ouvre donc un nouveau panel de choix de traitements, notamment pour la période de la périnatalité et permet en plus de favoriser l'autonomie des femmes. Bien que la MBCT ait été conçue dans le but de prévenir les rechutes dépressives, les résultats montrent également une diminution des scores de dépression et d'anxiété chez des participantes n'ayant pas d'antécédent. Pourtant, malgré les résultats positifs, cette méthode reste peu étudiée, notamment au niveau de son effet à long terme ou celui sur le développement de l'enfant. De plus, les résultats actuels ne peuvent être appliqués à une population défavorisée puisque les échantillonnages des études analysées sont représentés par des caractéristiques semblables et applicables à une population telle que la nôtre. Les résultats relèvent également que l'efficacité de la pleine conscience dépend de sa pratique régulière. Cependant, certaines de nos études démontrent un taux d'attrition plus élevé que leurs calculs (Dimidjian et al., 2016; Krusche et al., 2018). Cet abandon est notamment représenté dans les groupes d'intervention et dépend de plusieurs facteurs tels que le temps, la motivation et le format sous lequel la pleine

conscience est amenée. La difficulté qu'ont les femmes à la pratiquer de manière rigoureuse et fréquente nécessite de nouvelles recherches, notamment dans le but de proposer de nouveaux formats plus adaptés et mieux ciblés aux besoins des femmes en périnatalité.

Prévenir la dépression dans le milieu périnatal est essentiel au bon déroulement d'une grossesse et dans la prévention des conséquences possibles sur la mère, l'enfant mais également le père, le couple et la famille. De nouvelles méthodes permettant de prendre en charge ce trouble émergent actuellement et commencent à être connues. C'est le cas à Genève, où le développement de la pleine conscience est en plein essor grâce aux sages-femmes qui l'amènent dans des cours de préparation à la naissance ou à domicile par des sages-femmes indépendantes. Malgré une offre d'interventions présente, l'adhésion aux séances proposées reste faible. Une des hypothèses est que la promotion des différents cours et interventions n'est pas optimale. Pour y répondre, nous avons souhaité élaborer la conception d'une application amenant des informations sur cette approche ainsi que sur les lieux de pratique et d'apprentissage. En plus de la promotion de cette méthode, nous aurions souhaité par la suite en favoriser l'adhésion à long terme grâce à des exercices proposés sur un espace membre ouvert aux participant-e-s des cours amenés par les sages-femmes.

En dernier lieu, il est important de mentionner que malgré des résultats encourageants quant à la pratique de la MBCT en prévention de la dépression et des rechutes dépressives, le niveau de preuves probantes reste néanmoins insuffisant vis-à-vis de l'efficacité de la pleine conscience pour qu'elle soit jugée légitime d'être établie en milieu clinique dans le domaine de la périnatalité. C'est pourquoi de nouvelles études ayant plus de pouvoir statistique doivent être conduites afin d'établir de nouvelles interventions et de les proposer non seulement en guise de méthode alternative apportée dans des milieux privilégiés, mais également dans de plus grands centres hospitaliers comme méthode approuvée scientifiquement.

11. Listes de références bibliographiques

American Mindfulness research association. (2019). *Mindfulness journal publications by year, 1980-2018* [Graphique]. Accès <https://goamra.org/resources/>

Art. 14 Préparation à l'accouchement de la Loi sur les Prestations en cas de maternité du 1er janvier 2017, (OPAS, RO 2016 4933). Accès <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19950275/201903010000/832.112.31.pdf>

Baer N., Schuler D., Füglistner-Dousse S. & Moreau-Gruet F. (2013). *La dépressivité légère et particulièrement fréquente chez les femmes, fréquence de la dépressivité selon le sexe, 1999, 2004 et 2009* [Graphique]. L'Observatoire suisse de la santé (Obsan): rapport 56 (p.28). Accès https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_56_rapport.pdf

Chatillon, O. & Even C. (2010). La dépression de l'antepartum : prévalence, diagnostic, traitement. *L'Encéphale*, 36, 443-451. doi: <https://doi.org/10.1016/j.encep.2010.02.004>

Collège National de Pharmacologie Médicale (2019). *Inhibiteurs de recapture de sérotonine (IRS)*. Accès <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/inhibiteurs-de-recapture-serotonine-irs>

Delassus E. (2017). *Analyse critique du principisme en éthique biomédicale*. HAL archive ouverte pluridisciplinaire. Accès <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01486803/document>

Dimidjian, S. & Goodman, S.H. (2014). Preferences and attitudes toward approaches to depression relapse/recurrence prevention among pregnant women. *Behaviour Research and Therapy* 54 7-11. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2013.11.008>

Dimidjian, S., Goodman, S. H., Felder, J. N., Gallop, R., Brown, A. P. & Beck, A. (2015). An open trial of mindfulness-based cognitive therapy for the prevention of perinatal depressive relapse/recurrence. *Archives of Women's Mental Health*, 18(1), 85–94. doi: <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0468-x>

Dimidjian, S., Goodman, S. H., Felder, J., Gallop, R., Brown, A. P. & Beck, A. (2016). Staying Well during Pregnancy and the Postpartum: A Pilot Randomized Trial of Mindfulness Based Cognitive Therapy for the Prevention of Depressive Relapse/Recurrence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(2), 134–145. doi: <https://doi.org/10.1037/ccp0000068>

- Duncan, L. G. & Bardacke, N. (2010). Mindfulness-Based Childbirth and Parenting Education : Promoting Family Mindfulness During the Perinatal Period. *Journal of Child and Family Studies*, 19(2), 190-202. doi: <https://doi.org/10.1007/s10826-009-9313-7>
- Dunn, C., Hanieh, E., Roberts, R. & Powrie, R. (2012). Mindful pregnancy and childbirth : effects of a mindfulness-based intervention on women's psychological distress and well-being in the perinatal period. *Archives of Women's Mental Health*, 15(2) 139-143. doi: <https://doi.org/10.1007/s00737-012-0264-4>
- Elservier B.V. (2019). *Midwifery*. Accès <https://www.journals.elsevier.com/midwifery/>
- Gendre, A. & Roy Malis, F. (2016). Conditions et modes d'utilisation de la pleine conscience pour une préparation à la naissance de qualité. *Sage-femme.ch*, 10, 46-49. Accès https://www.hesge.ch/heds/sites/default/files/documents/LaHEdS/HEdS-Cite/Prepa_naissance/article_mbcf_sf.ch_10_2016_gendre_roy_malis.pdf
- Gilles, A. (2015). La Dépression Post Partum : Dépistage, Diagnostic, Prise en Charge et Rôle du Pharmacien d'Officine. (Thèse de doctorat. Université de Toulouse III Paul Sabatier) Accès <http://thesesante.ups-tlse.fr/1158/1/2015TOU32082.pdf>
- Goodman, J. H., Guarino, A., Chenausky, K., Klein, L., Prager, J., Petersen, R., ... Freeman, M. (2014). CALM Pregnancy: results of a pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for perinatal anxiety. *Archives of Women's Mental Health*, 17(5), 373–387. doi: <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0402-7>
- Grima, M. (2008). Les antidépresseurs [support de cours PDF]. Accès <https://studylibfr.com/doc/3699991/chapitre-5---les-antidepresseurs>
- Guerin, M. & Boccon-Gibod, S. (2018). *La promotion de la santé mentale des pères durant la période périnatale*. (Travail de Bachelor. Haute école de santé Genève). Accès http://doc.rero.ch/record/323070/files/TdB_La_sante_mentale_des_peres_Guerin_BocconGibod_2018.pdf
- Guédeney, N. & Jeammet, P. (2001/3). Dépressions postnatales (DPN) et décisions d'orientation thérapeutique. *Devenir*, Vol. 13(3), 51-64. Accès <https://www.cairn.info/revue-devenir-2001-3-page-51.htm>

- Haute école de Santé [HEdS]. *Bases de données*. Accès <https://www.hesge.ch/heds/centre-documentation/outils-documentaires/bases-donnees>
- Heeren, A. & Philippot, P. (2010). Les interventions basées sur la pleine conscience: une revue conceptuelle et empirique. *Revue québécoise de psychologie*, 31(3), 37-61. Accès http://www.uclep.be/wp-content/uploads/pdf/Pub/Heeren_RQP_2010.pdf
- Hôpitaux universitaires de Genève, (2019). *Approches basées sur la pleine conscience*. Accès <https://www.hug-ge.ch/psychiatrie-liaison-intervention-crise/approches-basees-sur-pleine-conscience>
- Huet M., Sellem L. & Vaucher F. (2015). *Stress et grossesse : impacts et interventions*: (Travail de Bachelor. Haute Ecole de Santé Vaud). Accès http://doc.rero.ch/record/259091/files/HESAV_TB_Huet_2015.pdf
- International Confederation of Midwives. (2018). *Code de déontologie internationale pour les sages-femmes*. Accès https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/07/cd2008_001-v2014-fre-code-de-dontologie-international-pour-les-sages-femmes.pdf
- International Confederation of Midwives. (2018). *Philosophie et modèle de soins de pratique sage-femme*. Accès https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/07/cd2005_001-v2014-fre_philosophy-and-model-of-midwifery-care--tracked-changes-new-format.pdf
- Jeuge-Maynard, I. (Dir). (2009). *Le petit Larousse illustré*. Paris : Larousse
- Keck, M.E. (2017). La dépression: D'où vient-elle? Comment la traiter? Quel rapport avec le stress? [Brochure]. Accès http://depression.ch/content/5-informationsquellen/2-downloads/brintellix_patienten_broschuere_depression_f.pdf
- Krusche, A., Dymond, M., Murphy, S. E. & Crane, C. (2018). Mindfulness for pregnancy: A randomised controlled study of online mindfulness during pregnancy. *Midwifery*, 65, 51–57. doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.07.005>
- Lancaster, C. A., Gold, K. J., Flynn, H. A., Yoo, H., Marcus, S. M. & Davis, M. M. (2010). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: A systematic review.

American journal of obstetrics and gynecology, 202(1), 5-14. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2009.09.007>

Lever Taylor, B., Cavanagh, K. & Strauss, C. (2016). The Effectiveness of Mindfulness-Based Interventions in the Perinatal Period : A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE*, 11(5). doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155720>

Loughhead, A.M., Fischer, A.D., Newport, D.J., Ritchie, J.C., Owens, M.J., DeVane, C.L. & Stowe, Z.N. (2006). Antidepressants in amniotic fluid : another route of fetal exposure. *The American Journal of Psychiatry*. doi: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.1.145>

Luberto, C. M., Park, E. R. & Goodman, J. H. (2018). Postpartum Outcomes and Formal Mindfulness Practice in Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Perinatal Women. *Mindfulness*, 9(3), 850-859. doi: <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0825-8>

Massachusetts General Hospital. (2019). *About research*. Accès <https://www.massgeneral.org/research/about/>

Miklowitz, D. J., Semple, R. J., Hauser, M., Elkun, D., Weintraub, M. J. & Dimidjian, S. (2015). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Perinatal Women with Depression or Bipolar Spectrum Disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 39(5), 590-600. doi: <https://doi.org/10.1007/s10608-015-9681-9>

Oberle, L. & Broers B., (2017). *La dépression*. Accès https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/Strategies/strategie_depression.pdf

Organisation Mondiale de la Santé. (2019). *La dépression : parlons-en*. Accès <https://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/fr/>

Parsons, C. E., Crane, C., Parsons, L. J., Fjorback, L. O. & Kuyken, W. (2017). Home practice in Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Mindfulness-Based Stress Reduction : A systematic review and meta-analysis of participants' mindfulness practice and its association with outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 95, 29-41. doi: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.05.004>

Piet, J. & Hougaard, E. (2011). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder : A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31, 1032-1040 doi: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.05.002>

- Razurel, C., Desmet, H. & Sellenet, C. (2011). Stress, soutien social et stratégies de coping : Quelle influence sur le sentiment de compétence parental des mères primipares ? *Recherche en soins infirmiers*, N° 106(3), 47-58. Accès <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2011-3-page-47.htm>
- Rebelo Marques, K. & Dall'Armellina, L. (2018). *Quel accompagnement sage-femme en salle de naissance favorise un bon vécu d'accouchement ?* (Travail de Bachelor. Haute école de santé Genève). Accès http://doc.rero.ch/record/323074/files/Bachelor_Rebelo_Marques_Thesis_Final_18.08.18.pdf
- Rossignol Sancho, A., Nanzer, N. & Etter, J-F. (2010). L'entretien prénatal : un outil de prévention de la dépression périnatale et de soutien à la parentalité. Accès <https://docplayer.fr/17182650-L-entretien-prenatal-un-outil-de-prevention-de-la-depression-perinatale-et-de-soutien-a-la-parentalite.html>
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford.
- Segal, Z.V., Williams, M.G. & Teasdale, J.D. (2006). *La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression : une nouvelle approche pour prévenir la rechute*. Bruxelles : De Boeck Université
- Séjourné, N., Vaslot, V., Beaumé, M. & Charbol, H. (2012). Intensité de la dépression postnatale dans un échantillon de pères français. *Psychologie française*, 57 215-222. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2012.03.009>
- Shulman, B., Dueck, R., Ryan, D., Breau, G., Sadowski, I. & Misri, S. (2018). Feasibility of a mindfulness-based cognitive therapy group intervention as an adjunctive treatment for postpartum depression and anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 235, 61–67. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.065>
- SpringerNature Switzerland AG, (2019). *Archives of Women's Mental Health*. Accès <https://www.springer.com/medicine/psychiatry/journal/737>
- Teasdale, J., Williams, M. & Segal, Z. (2014). *The mindful way workbook : an 8-week program to free yourself from depression and emotional distress*. Accès https://books.google.ch/books?hl=fr&lr=&id=OuWxCwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Segal,+Teasdale,+williams,+2014&ots=qQjN7IXBOH&sig=ggj50LtOh7av_GmhHK00E80aJBI#v=onepage&q=Segal%2C%20Teasdale%2C%20williams%2C%202014&f=false

- The Women's, the royal women's hospital. (S.d.). *Research*. Accès <https://www.thewomens.org.au/research>
- Thoulon J.-M. (2005). Les petits maux de la grossesse. *EMC-Gynécologie Obstétrique*, 2, 227-237. Accès http://autour-de-la-naissance.fr/Petits_maux_de_la_grossesse.pdf
- Thurin, J.-M. (S.d). Les psychothérapies de la dépression dans la vraie vie [Brochure]. Accès <https://www.fondationpierredeniker.org/uploads/factSheets/fe2ebc8e57a29014ee75790cef7c25560d762dca.pdf>
- Université de Genève, (2019). *CAS - Interventions basées sur la pleine conscience (Mindfulness Based Interventions)*. Accès <https://www.unige.ch/formcont/cours/CASpleineconscience>
- Weisskopf, E., Fischer Fumeaux, C.J., Bickle Graz, M., Morisod Harari, M., Epiney, M., Borradori Tolsa, C., ... Panchaud A. (2016). Bon usage des antidépresseurs ISRS durant la grossesse - le défi de l'évaluation de la balance bénéfice-risque. *Revue Médicale Suisse*, 12, 561-6, Accès <https://www.revmed.ch/RMS/2016/RMS-N-510/Bon-usage-des-antidépresseurs-ISRS-durant-la-grossesse-le-defi-de-l-evaluation-de-la-balance-benefice-risque>
- Williams, M., Teasdale, J., Segal, Z. & Kabat-Zinn, J. (2009). *Méditer pour ne plus déprimer: la pleine conscience, une méthode pour vivre mieux*. Paris : Odile Jacob
- Woolhouse, H., Mercuri, K., Judd, F. & Brown, S. J. (2014). Antenatal mindfulness intervention to reduce depression, anxiety and stress: A pilot randomised controlled trial of the MindBabyBody program in an Australian tertiary maternity hospital. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 369. doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-014-0369-z>
- Yazdanimehr, R., Omid, A., Sadat, Z. & Akbari, H. (2016). The Effect of Mindfulness-integrated Cognitive Behavior Therapy on Depression and Anxiety among Pregnant Women: a Randomized Clinical Trial. *Journal of Caring Sciences*, 5(3), 195-204. doi: <https://doi.org/10.15171/jcs.2016.021>